



# **Universidade da Beira Interior**

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia e Educação

## **Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamentos de Saúde dos Trabalhadores de uma Empresa Multinacional**

Mónica Cristina Inês Marques

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À UNIVERSIDADE DA BEIRA  
INTERIOR COMO REQUISITO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE  
(2º CICLO) EM PSICOLOGIA, NA ÁREA DE PSICOLOGIA DO TRABALHO E DAS  
ORGANIZAÇÕES

Covilhã, 2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do  
Prof. Doutor Henrique Pereira, apresentado à Universidade da  
Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia, registado na DGES sob o 9463

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho representa a concretização de um grande objectivo e a finalização de uma etapa da minha vida académica e pessoal, da qual fizeram parte muitas pessoas que deixaram a sua marca, me ajudaram a crescer e a ultrapassar as inúmeras dificuldades que foram surgindo. Não posso deixar de manifestar a minha consideração e apreço a todas estas pessoas.

Em especial, o meu reconhecimento ao Prof. Doutor Henrique Pereira, orientador desta dissertação, pela oportunidade, disponibilidade, estímulo e partilha de saberes e conhecimentos, que permitiram o desenvolvimento de competências de investigação e de concretização deste trabalho.

A todas as pessoas da Fábrica da organização onde foi realizada a investigação, por terem permitido que este projecto fosse concretizado, pelo acolhimento, pelo apoio, pela disponibilidade e empenho evidenciados em cada momento.

A todos os meus amigos que me acompanharam e encorajaram ao longo de todo este percurso.

Aos meus Pais e irmãos, que mesmo longe sempre me acompanharam e me apoiaram e sem os quais nada seria possível e não teria chegado até aqui.

Ao Filipe, por tudo, que foi, e continuará a ser, tanto.

## **Resumo**

A presente investigação teve como objectivo principal avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho e os Comportamentos de Saúde dos trabalhadores de uma multinacional. Para além disto, pretendeu-se verificar a existência de relação entre ambas, bem como a relação entre cada uma destas variáveis principais e as variáveis sócio-demográficas. A amostra utilizada para a realização deste estudo foi constituída por 81 trabalhadores de uma empresa multinacional do sector alimentar, dos quais 56 eram homens e 23 mulheres, sendo que a maioria pertencia à faixa entre os 40 e os 49 anos de idade. Os instrumentos utilizados consistiram num questionário sócio-demográfico, Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde para avaliar os Comportamentos de Saúde dos sujeitos (Ribeiro, 2004), bem como o Inventário de Qualidade de Vida no Trabalho (Dias, 2009), no sentido de avaliar a importância e a frequência de Qualidade de Vida no Trabalho dos indivíduos. Os resultados obtidos indicam uma correlação entre Qualidade de Vida no Trabalho e os Comportamentos de Saúde adoptados pelos participantes. A nível mais particular, os resultados revelam que os participantes tendem a adoptar Comportamentos de Saúde positivos, nomeadamente a nível da nutrição, auto-cuidado e segurança motorizada. Relativamente à Qualidade de Vida no Trabalho, os mesmos apontam, a nível comparativo entre a escala de importância e a escala de frequência, a atribuição de uma maior importância do que de frequência, no que respeita às diferentes dimensões. É ainda importante salientar que as dimensões com valor mais elevado na escala de importância coincidem com aquelas que são referidas como mais frequentes.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida no Trabalho, Comportamentos de Saúde.

## **Abstract**

This research was aimed to evaluate the Quality of Working Life and Health Behaviours of workers in a multinational. In addition, we sought to verify the relationship between both, and the relationship between each one of the variables and the main socio-demographic variables. The sample for this study consisted in 81 workers of a multinational which operate in the food sector, where 56 were men and 23 women, most of which belonged to the range between 40 and 49 years. The instruments used consisted in a socio-demographic questionnaire, a questionnaire entitled, the Questionnaire of Aptitudes and Health Behaviors to measure health behaviors of individuals (Ribeiro, 2004) and the Inventory of Quality of Working Life (Dias, 2009), to evaluate the importance and frequency of quality of Working Life in individuals. The results indicate a correlation between Quality of Working Life and Health Behaviour adopted by the participants. More in particular, results show that participants tend to adopt positive health behaviors, including their nutrition, self-care and motorized safety. Relatively to Quality of Working Life they point out that in level of comparison between the scale of importance and frequency scale, the attribution of greater to importance rather to frequency, with respect to different dimensions. It is also important to note that the dimensions with highest value on the scale of importance coincide with those that are reported as more frequent.

**Keywords:** Quality of Working Life, Health Behaviors.

# Índice do Texto

Introdução.....	1
I. Corpo Teórico.....	3
1. Qualidade de Vida no Trabalho.....	3
2. Comportamentos de Saúde.....	10
2.1. Modelos de Mudança de Comportamentos de Saúde.....	15
3. Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamentos de Saúde.....	21
II. Corpo Empírico.....	26
1. Apresentação e Objectivos do Estudo.....	26
1.1. Planificação.....	28
1.1.1. Design do Estudo.....	28
1.1.2. Definição das Variáveis.....	28
2. Método.....	29
2.1. Participantes.....	29
2.2. Material.....	33
2.2.1. Questionário Sócio-Demográfico.....	33
2.2.2. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde.....	33
2.2.3. Inventário sobre a Qualidade de Vida no Trabalho.....	36
2.3. Procedimentos.....	38
2.4. Análise Estatística.....	39
3. Apresentação dos Resultados.....	40
3.1. Objectivo 1.....	40
3.2. Objectivo 2.....	42
3.3. Objectivo 3.....	44
3.4. Objectivo 4.....	47
III. Discussão dos Resultados.....	70
IV. Referências Bibliográficas.....	80
Anexos.....	88

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Evolução do Conceito de QVT.....	4
Tabela 2: Modelos de QVT.....	6
Tabela 3: Quadro resumo dos Modelos de Mudança de Comportamentos de Saúde.....	16
Tabela 4: Distribuição da amostra por área de trabalho e género .....	29
Tabela 5: Distribuição da amostra por género.....	29
Tabela 6: Distribuição da amostra por grupos de idade e género.....	30
Tabela 7: Distribuição da amostra por estado civil, nº de filhos e por género.....	30
Tabela 8: Distribuição da amostra por idade dos filhos e por género.....	31
Tabela 9: Distribuição da amostra por local de residência e por género.....	31
Tabela 10: Distribuição da amostra por antiguidade na empresa, horário de trabalho e por género.....	31
Tabela 11: Distribuição da amostra pela variável se chefia pessoas e por género.....	32
Tabela 12: Resultados para as medidas atitudinais e comportamentais, Média, Desvio Padrão, Amplitudes e Coeficiente alfa de Cronbach das dimensões e escalas do questionário de QVT.....	41
Tabela 13: Resultados para as medidas atitudinais e comportamentais, Média, Desvio Padrão e Amplitudes das categorias do questionário de Comportamentos de Saúde.....	43
Tabela 14: Resultados para as medidas atitudinais e comportamentais, Média, Desvio Padrão, t e p, das dimensões do Questionário de Comportamentos de Saúde entre os géneros. Relação crítica da diferença entre médias, por género.....	43
Tabela 15: Resultados para as Correlações entre QVT e Comportamentos de Saúde.....	45
Tabela 16: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Género e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p.....	47

Tabela 17: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Género e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p.....	48
Tabela 18: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Idade e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	49
Tabela 19: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Idade e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representada através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	50
Tabela 20: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Estado Civil e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	51
Tabela 21: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Estado Civil e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	52
Tabela 22: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Local de Residência e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p.....	53
Tabela 23: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Local de Residência e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p .....	54
Tabela 24: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Número de Filhos e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	55
Tabela 25: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Número de Filhos e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	56



Tabela 26: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica ter um Familiar a Cargo e as dimensões de importância de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p .....	57
Tabela 27: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica ter um Familiar a Cargo e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p.....	58
Tabela 28: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Escolaridade e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	59
Tabela 29: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Escolaridade e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	60
Tabela 30: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Antiguidade na empresa e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	61
Tabela 31: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Antiguidade na empresa e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	62
Tabela 32: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Área de Trabalho e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	63
Tabela 33: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Área de Trabalho e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p .....	64
Tabela 34: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Chefia Pessoas e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p .....	65
Tabela 35: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Chefia Pessoas e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p .....	66

Tabela 36: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Horário de Trabalho e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p .....	67
Tabela 37: Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Horário de Trabalho e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p .....	68
Tabela 38: Categorias de acontecimentos de QVT acrescentados pelos participantes.....	69

## Lista de Figuras

Figura 1: Resultados por Comparação entre as Médias totais das escalas de QVT-Importância e QVT-Frequência.....	42
Figura 2: Correlação entre QVT – Frequência e Auto-Cuidado.....	46
Figura 3: Correlação entre Comportamentos de Saúde total e Frequência das Relações Sociais e de Justiça no Trabalho.....	46

## **Lista de Anexos**

Anexo I: Questionário Sócio-Demográfico.....	89
Anexo II: Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde.....	90
Anexo III: Inventário sobre Qualidade de Vida no Trabalho.....	91

## Introdução

A Qualidade de Vida no Trabalho é um tema ao qual é atribuído uma atenção e importância cada vez maiores por parte dos investigadores e das organizações. Esta atenção resulta de diversos motivos, em especial devido à evolução da indústria, a toda a situação de instabilidade e competitividade crescente dos mercados nacionais e internacionais. O mundo do trabalho necessita de uma redefinição e reorganização constante para se conseguir manter actualizado e acompanhar o desenvolvimento que ocorre a nível da industrialização.

Para além disso, os últimos anos permitiram, igualmente, o reconhecimento da importância do trabalho na vida das pessoas, bem como uma crescente preocupação com as condições (físicas e emocionais) de trabalho oferecidas pelas organizações aos seus recursos humanos, i.e., um cuidado cada vez maior com a Qualidade de Vida no Trabalho.

Apesar de não existir consenso entre os diferentes autores quanto à definição de Qualidade de Vida no Trabalho, podemos apresentar a concepção de Rose, Beh, Uli e Idris (2006), os quais consideram a Qualidade de Vida no Trabalho uma filosofia, um conjunto de princípios que sustenta que as pessoas são o recurso mais importante de uma organização, pois são confiáveis, responsáveis e capazes de dar contributos valiosos e, por isso, devem ser tratadas com dignidade e respeito. Por outro lado, Dion (1986) define-a como as condições que devem prevalecer para tornar a organização do trabalho industrial mais humana, bem como a da empresa, englobando todos os factores ligados ao trabalho com incidência na vida no trabalho e que são susceptíveis de criar uma satisfação durável antes, durante e depois do trabalho (Guérin, Gagnier, Trudel, Denis & Boily, 1991).

Existe também uma forte preocupação com a saúde das pessoas, em particular com os Comportamentos de Saúde por elas adoptados, os quais podem ser positivos ou negativos. Vickers, Conway e Hervig (1994), na sua definição de conceito, estabelecem uma divisão dos comportamentos de saúde em duas categorias, pois defendem que se trata de um conceito multidimensional: “Comportamento Preventivo (contendo a dimensão de comportamentos de saúde de ‘manutenção e melhoria do bem-estar’ e a dimensão de ‘evitamento ou minimização dos efeitos dos acidentes’) e Tomada de Risco (contendo a dimensão de ‘riscos primariamente relacionados com exposição evitável a perigos enquanto peão ou condutor de automóvel’ e a dimensão ‘evitamento de substâncias que

poderiam afectar negativamente a saúde' (v.g., tabaco e álcool) e, em menor grau, outros factores que poderiam prejudicar a capacidade adaptativa do organismo (v.g., germes, poluição) (Gonzalez & Ribeiro, 2004, p.109).

A saúde é vista como uma condição necessária para um elevado desempenho no trabalho, uma vez que determinados problemas de saúde reduzem a capacidade de um indivíduo para exercer a sua função de forma eficaz. No entanto, para o bom desempenho das suas funções, é, igualmente, importante que o trabalhador tenha boas condições de trabalho, oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento, boas condições e ambientes de trabalho (Rau, 2006), i.e., existe uma relação directa entre a saúde e a Qualidade de Vida no Trabalho.

A melhor ferramenta, instrumento de trabalho e lazer que qualquer Ser Humano possui consiste no seu próprio corpo. Como tal, este deve ser preservado o máximo possível para garantir um óptimo desempenho e funcionamento durante longos anos. Existe um número infinito de acções e cuidados importantes que o Homem pode, e deve, tomar para garantir que o seu corpo lhe permita a satisfação das suas necessidades e um bem-estar físico e emocional, como por exemplo, comer, andar, correr, descansar, dormir, relacionar-se com outras pessoas. O corpo humano possui ainda sentimentos e atitudes, a capacidade de respirar, entre tantos, o que permite que as pessoas possam trabalhar, descansar, serem felizes. Assim, é fundamental que os indivíduos se preocupem com os seus comportamentos no dia-a-dia, relacionados com a sua saúde, o seu bem-estar, bem como com as condições de trabalho.

Neste sentido, desenvolveu-se o presente trabalho de investigação, o qual integra uma primeira parte referente ao enquadramento teórico das problemáticas em questão, Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamentos de Saúde. Neste será referido a evolução dos conceitos, os seus principais modelos e características, bem como a apresentação de diversos estudos que se debruçaram sobre as temáticas.

Posteriormente, será apresentado o Corpo Empírico, com enfoque na apresentação da investigação, objectivos do estudo, método utilizado e os resultados obtidos. Tendo como principal propósito, a exploração e a compreensão de cada uma destas variáveis, bem como da relação entre ambas, proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos e reflexões subjacentes.

# **I. Corpo Teórico**

## **1. Qualidade de Vida no Trabalho**

Ao longo dos últimos anos, temos assistido a um aumento da complexificação e exigência dos mercados de trabalho, fruto da globalização, da competitividade internacional e da mudança constante. As empresas precisam aumentar os seus níveis de produtividade ao mesmo tempo que diminuem os custos, e fazem-no em detrimento das condições laborais e do bem-estar dos seus trabalhadores (Barron, 2006; Kowske & Woods, 2008). O capital humano, que constitui um recurso essencial para as organizações, pode ser esquecido. Segundo Walmsley (2008) não só é visível um aumento nas horas de trabalho por semana, como também uma diminuição na tendência dos trabalhadores ficarem de férias e descansarem. Como tal, cabe aos gestores de Recursos Humanos desenvolver e implementar novas práticas que promovam maior conforto, ambiente saudável, sentimentos de bem-estar, satisfação, i.e., que melhorem cada vez mais as condições de trabalho proporcionadas aos seus colaboradores, aumentando, assim, a Qualidade de Vida no Trabalho.

A origem do conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) não é consensual entre os diferentes autores. Alguns autores referem que este constructo surgiu na década de cinquenta, com o modelo humanista desenvolvido por Trist e Emery (Ordowich, 1985; Julião, 2001; Martins, 2007; Nunes, 2008). Segundo este modelo, o trabalho passa a ser analisado sob o ponto de vista do indivíduo, bem como da cultura da organização como um todo, agrupando o trinómio indivíduo/trabalho/organização, abandonando, assim, uma visão mais mecanicista do trabalho que vigorava até então (Ordowich, 1985; Julião, 2001; Martins, 2007; Nunes, 2008). É igualmente de destacar o movimento da Escola das Relações Humanas, bem como os estudos de Elton Mayo na *Western Electric*, os quais permitiram concluir que o trabalho é uma actividade de grupo e quanto melhor for a integração dos indivíduos, maior será a sua motivação para o trabalho. Este autor conseguiu, assim, mostrar a importância e influência dos factores psicológicos sobre as acções humanas, bem como o a existência de outros motivos que levam as pessoas a trabalhar, para além do factor económico (Martins, 2007; Rafael, 2009). Para autores como Nadler e Lawler (1983), Huse e Cummings (1985), foi a década de 1970 que deu início ao desenvolvimento da QVT, seguindo uma linha sócio-técnica centrada na organização do trabalho a partir da análise e reestruturação das tarefas, tendo como base a saúde, segurança e satisfação dos trabalhadores (Martins, 2007; Rafael, 2009). Nadler e Lawler (1983) oferecem uma visão abrangente da evolução deste conceito.

Segundo estes autores, a temática de QVT começou por ser entendida como uma variável (1959-1972), ou seja, uma reacção do sujeito ao próprio trabalho por ele desempenhado; evoluindo, numa fase seguinte, para uma abordagem (1969-1975) com foco no indivíduo, desviando a preocupação com os resultados da organização para segundo plano. Nesse mesmo período (1972-1975), a QVT foi igualmente vista como método, pois os gestores começaram a utilizar diversos métodos e técnicas com o intuito de melhorar o ambiente de trabalho e torná-lo mais produtivo e satisfatório. Nos anos seguintes, foi considerada como movimento (1975-1980), devido à utilização de expressões como “administração participativa” e “democracia industrial” pelos indivíduos quando se referiam à QVT; e como tudo (1979-1983), pois começou a ser aplicada como conceito global, para caracterizar todas as situações e problemas, simples ou complexos, que ocorrem na vida de uma organização (vg. problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, competição estrangeira). Os mesmos autores afirmam que no futuro a temática de QVT será considerada como “nada”, pois a globalização da definição irá trazer uma descrença sobre o conceito (Martins, 2007; Nunes, 2008). Esta evolução do constructo de QVT pode ser observar na Tabela 1.

Tabela 1

*Evolução do Conceito de QVT*

<b>Concepções Evolutivas de QVT</b>	<b>Características ou Visão</b>
<b>QVT como variável</b> (1959-1972)	Reacção do indivíduo ao trabalho ou às consequências pessoais do trabalho (Martins, 2007; Nunes, 2008).
<b>QVT como abordagem</b> (1969-1975)	Focalizava o indivíduo antes dos resultados da organização, mas, simultaneamente, procurava trazer melhoria contínua tanto para o colaborador como para o gestor (Martins, 2007; Nunes, 2008).
<b>QVT como método</b> (1972-1975)	Enfatizava um conjunto de métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de



trabalho e torná-lo mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinónimo de grupos autónomos de trabalho, enriquecimento do cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica (Martins, 2007; Nunes, 2008).

**QVT como movimento (1975-1980)**

Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos colaboradores com a organização. Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram frequentemente identificados como ideias do movimento para QVT (Martins, 2007; Nunes, 2008).

**QVT como tudo (1979-1983)**

A QVT é tida como um conceito global. É panaceia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade e outros problemas organizacionais (Martins, 2007; Nunes, 2008).

**QVT como nada (Futuro)**

A globalização da definição trará como consequência inevitável a descrença de alguns sectores sobre o termo QVT. No caso de alguns projectos de QVT no futuro fracassarem, esta não passará de um “modismo” passageiro (Martins, 2007; Nunes, 2008).

---

Nos últimos anos, a temática da QVT tem sido analisada segundo três abordagens: Abordagem dos Sistemas de Qualidade (políticas e programas de Qualidade Total);

Abordagem do Potencial Humano (capacitação, motivação, desenvolvimento profissional, aprendizagem organizacional); e Abordagem da Saúde e Segurança no Trabalho (preservação, prevenção, correcção ou reparação de aspectos humanos e ambientais que neutralizam riscos na condição de trabalho) (Martins, 2007).

Ao longo da evolução do constructo, foram definidos diversos modelos, os quais podem ser analisados na Tabela 2. Cada um dos autores definiu diferentes critérios ou factores que devem ser tidos em conta aquando da descrição de QVT. Walton (1973) estipulou oito critérios que reúnem características do ambiente e das condições de trabalho, dos relacionamentos que se estabelecem dentro da organização, a nível horizontal e vertical, e o significado do trabalho na vida das pessoas (Descanio & Lunardelli, 2007; Guedes, 2009; Martins, 2007; Nunes, 2008; Roan & Diamond, 2003; Rose et al., 2006). Westley (1979) defende a existência de quatro indicadores de QVT (económico, político, psicológico e sociológico) (Martins, 2007). Segundo Hackman e Oldham (1980), a QVT consiste na união das características da tarefa, promovendo, assim, motivação e satisfação do indivíduo e influenciar o seu desempenho (Martins, 2007). Werther e Davis (1983) definiram cinco factores que influenciam a QVT (supervisão, condições de trabalho, remuneração, benefícios e projectos de cargo) (Guedes, 2009; Martins, 2007). Já Nadler e Lawler (1983) afirmam que é necessário definir projectos para promover a QVT na organização, tendo em conta seis factores fundamentais, tais como identificação das necessidades, definição do problema, enunciação de soluções para a resolução do mesmo, e envolvimento da organização, entre outros (Martins, 2007). Huse e Cummings (1985) definem a QVT como uma forma de pensamento que envolve as pessoas, o trabalho e a organização (Martins, 2007).

Tabela 2

*Modelos de QVT*

Autor	Características
<b>Walton (1973)</b>	QVT definida segundo oito critérios: 1- Compensação justa e adequada; 2- Condições de segurança e de saúde no trabalho; 3- Oportunidade para uso e desenvolvimento da capacidade humana; 4- Oportunidade de crescimento contínuo e

---

	segurança; 5- Integração social na organização; 6- Constitucionalismo na organização do trabalho; 7- Trabalho e espaço total de vida; 8- Relevância do trabalho na vida social (Descanio & Lunardelli, 2007; Guedes, 2009; Martins, 2007; Nunes, 2008; Roan & Diamond, 2003; Rose et al., 2006).
<b>Westley (1979)</b>	QVT verificada através de quatro indicadores e respectivos problemas: económico (injustiça), político (insegurança), psicológico (alienação) e sociológico (anomia) (Martins, 2007).
<b>Hackman e Oldham (1980)</b>	Desenvolveram o Modelo das Dimensões Básicas da Tarefa, com base na teoria de Herzberg. A QVT é resultado directo da combinação das dimensões básicas da tarefa que produzem motivação e satisfação em diversos graus, desencadeando diferentes tipos de atitudes e comportamentos nos trabalhadores (Martins, 2007).
<b>Werther e Davis (1983)</b>	QVT é afectada por factores como a supervisão, condições de trabalho, remuneração, benefícios e projectos de cargo (Guedes, 2009; Martins, 2007).
<b>Nadler e Lawler (1983)</b>	Para que exista QVT é necessário a definição de projectos. O sucesso destes

depende de seis factores: 1) percepção de necessidades; 2) foco do problema destacado na organização; 3) estrutura para identificação e solução do problema; 4) compensações projectadas para os processos e resultados; 5) sistemas múltiplos afectados; e 6) envolvimento da organização (Martins, 2007).

### **Huse e Cummings (1985)**

QVT vista como uma forma de pensamento que envolve as pessoas, o trabalho e a organização. É fundamental ter em conta quatro aspectos: 1) participação do trabalhador nos problemas e soluções organizacionais; 2) projecto de cargo; 3) inovação no sistema de recompensa; 4) melhoria no ambiente de trabalho (Martins, 2007).

---

Quanto à definição de QVT, também ela é alvo de divergência entre os autores. Preziosi (1985) descreve este conceito como o grau de satisfação dos sujeitos em todos os aspectos do seu trabalho. Ballou e Gowdin (2007) afirmam que a QVT de um indivíduo compreende aspectos que afectam o bem-estar durante o dia de trabalho, tais como salário e benefícios, facilidades, potencial de crescimento e o equilíbrio Trabalho/Vida. Dion (1986) define-o como as condições que devem prevalecer para tornar a organização do trabalho industrial mais humana, bem como a da empresa, englobando todos os factores ligados ao trabalho com incidência na vida no trabalho e que são susceptíveis de criar uma satisfação durável antes, durante e depois do trabalho (Guérin, Gagnier, Trudel, Denis & Boily, 1991). Duke Nielson sugere que tudo o que os trabalhadores desejam é ser apreciados e compreendidos; ser recompensados de forma justa; ter acesso a formação; receber frequentemente feedback dos managers; e ser-lhes solicitado a sua opinião (Meyer, 2009). Rose et al. (2006) referem que a QVT consiste numa filosofia, num conjunto de princípios que sustenta que as pessoas são o recurso mais importante de uma organização, pois são

confiáveis, responsáveis e capazes de dar contributos valiosos e, por isso, devem ser tratadas com dignidade e respeito. Barton (2002) vem completar esta afirmação, ao defender que as condições de trabalho devem estar coerentes com o bem-estar e dignidade humana dos trabalhadores. Verificamos, assim, que apesar de não existir uma definição consensual, todos parecem chegar a um ponto comum: a QVT consiste num “constructo que lida com o bem-estar do indivíduo em relação ao seu trabalho, na medida em que as suas experiências de trabalho são gratificantes e satisfatórias” (Rafael, 2009, p.2).

Assim, pode ser definido um conjunto de aspectos fundamentais para a QVT do indivíduo que incluem: as tarefas que desempenha; o ambiente físico e social da organização; o sistema de carreiras; a relação entre a vida de trabalho e a vida em geral; a igualdade de oportunidades e tratamento no trabalho; um horário de trabalho e trabalho flexível que facilite o equilíbrio trabalho-família; a licença de direitos para trabalhadores com responsabilidades familiares; um maior controlo sobre as tomadas de decisão; um aumento do acesso à informação; e a recompensa dos trabalhadores com elevado desempenho (Butts, Vandenberg, DeJoy, Schaffer & Wilson, 2009; Ilies, Wilson & Wagner, 2009; McNall, Masuda & Nicklin, 2010; Roan & Diamond, 2003; Rose et al., 2006; Starr, 2008; Walsh, 2007).

Se uma organização conseguir proporcionar QVT aos seus colaboradores, irá obter, em retorno, diversos benefícios, tais como a redução do absentismo e turnover, uma atitude favorável ao trabalho por parte dos colaboradores, redução e/ou eliminação da fadiga, promoção da saúde e segurança, integração social, desenvolvimento das capacidades humanas e aumento da produtividade, i.e., aumento da motivação, satisfação e do desempenho dos trabalhadores. Se, pelo contrário, não existir QVT, a empresa vai ressentir-se com baixa produtividade, motivação, bem como baixo desempenho por parte dos seus colaboradores (Julião, 2001; Lacaz, 2000).

## 2. Comportamentos de Saúde

No século XIX, segundo Armstrong (1988), a principal preocupação dos profissionais de saúde prendia-se com o meio ambiente, em especial com questões ligadas à água, ar, alimentos e excrementos, enquanto elemento central no aparecimento das doenças e na origem das grandes epidemias que marcaram esse período. Em meados do século XX, essa preocupação transferiu-se para as pessoas, i.e., para o comportamento adoptado pelos indivíduos, enquanto elementos com papel activo e decisivo no processo de adoecer ou de ser saudável (Ribeiro, 2004). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), na sua Carta de Ottawa, considera que:

para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. (Carvalho, 2006, p.2)

Para que um indivíduo consiga alcançar esse estado de completo bem-estar físico, mental e social, deve adoptar comportamentos positivos face à saúde, bem como um estilo de vida saudável, pois, tal como McKeown (1979) afirmou, as doenças actuais são causadas por situações que o indivíduo determina através do seu próprio comportamento (v.g. fumo, alimentação e exercício físico) (Batista, 2005; Ogden, 1999). O Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004) vem reforçar esta afirmação ao declarar que as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, cancro, diabetes *mellitus* e depressão, entre outras, constituem, actualmente, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, como é o caso de Portugal. Estas patologias, bem como a morte prematura e o aumento dos custos relacionados com a saúde, resultam de estilos de vida pouco saudáveis, i.e., consumo excessivo de tabaco, álcool e outras substâncias, erros alimentares, excesso de peso e obesidade, colesterol, diabetes, inactividade física e uma má gestão do stress, bem como a adopção de um estilo de vida sedentário (Bergström, Björklund, Fried, Lisspers, Nathell; Hermansson, 2008; Chapman, 2006; Dutta & Bodie, 2006; Govil,

Weidner, Merritt-Worden & Ornish, 2009; Hara, Mori, Shono, Higaki & Nishizumi, 2000; Helander, Bodin & Jensen, 2008; Leap, Srb, Petersen, 1986; MSDGS, 2004; Nilsen & Vatten, 2000; Prochaska, Wright & Velicer, 2008; Sarafino, 2002; Satcher, Higginbotham, 2008; Schwarzer, 2008; Tavares, 2005;).

Lalonde (1981) acrescenta ainda como comportamentos não saudáveis uma condução descuidada e não utilização do cinto de segurança, promiscuidade e descuido. Bergström et al. (2008) referem igualmente o ambiente de trabalho como factor com influência significativa na origem e evolução de diversas doenças, com base no estudo por eles realizado.

Segundo Bennet e Murphy (1999) mais de 50% das mortes prematuras que ocorrem nos países ocidentais são atribuídas ao estilo de vida dos sujeitos. Relativamente ao nosso país, Rasteiro (2001) afirma que Portugal ocupa os lugares cimeiros da Europa não só em relação ao número de acidentes de trabalho como também para as doenças directamente relacionadas com estilos de vida pouco saudáveis (Tavares & Nunes, 2007).

Por estilos de vida entende-se o “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais” (MSDGS, 2004, p.2). Segundo Hettler (1982) consistem num “processo activo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de acção visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que funciona” (Ribeiro, 2004, p.388). A OMS descreve o conceito como um “conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais” (WHO, 1986, p.43) ou “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores” (Ribeiro, 2004, p.388).

O conceito de estilo de vida sofreu alterações e evoluções ao longo dos anos, tal como se pode verificar nas definições apresentadas. No entanto, todas mencionam a necessidade da adopção de determinados comportamentos por parte do indivíduo. Estes referem-se a comportamentos de saúde. Kasl e Cobb, em 1966, sugeriram que um comportamento de saúde consiste num comportamento cujo objectivo primordial é impedir o aparecimento de uma doença, como por exemplo ter uma alimentação saudável (Gonzalez & Ribeiro, 2004; Ogden, 1999). Matarazzo (1984) definiu-os como sendo “*hábitos prejudiciais para a saúde*, que denominou ‘comportamentos patogénicos’ (por exemplo: fumar, fazer uma alimentação rica em gordura), ou *comportamentos de protecção da saúde*, que definiu como ‘comportamentos

imunogénicos’ (por exemplo, fazer um *check-up*)” (Ogden, 1999, p.26), fazendo uma distinção entre comportamentos negativos e comportamentos positivos. Vickers, Conway e Hervig (1994) estabelecem igualmente uma divisão dos comportamentos de saúde em duas categorias, pois defendem que se trata de um conceito multidimensional: “Comportamento Preventivo (contendo a dimensão de comportamentos de saúde de ‘manutenção e melhoria do bem-estar’ e a dimensão de ‘evitamento ou minimização dos efeitos dos acidentes’) e Tomada de Risco (contendo a dimensão de ‘riscos primariamente relacionados com exposição evitável a perigos enquanto peão ou condutor de automóvel’ e a dimensão ‘evitamento de substâncias que poderiam afectar negativamente a saúde’ (v.g., tabaco e álcool) e, em menor grau, outros factores que poderiam prejudicar a capacidade adaptativa do organismo (v.g., germes, poluição) (Gonzalez & Ribeiro, 2004, p.109).

Sarafino (2002) define comportamentos de saúde como qualquer actividade realizada pelo indivíduo para manter ou melhorar a sua saúde, independentemente da percepção da sua saúde ou do facto do comportamento adoptado realmente atingir esse objectivo. Este mesmo autor defende que um comportamento positivo é qualquer actividade desempenhada por uma pessoa com o intuito de manter ou melhorar o estado de saúde actual e evitar a doença. Estas actividades traduzem-se por exemplo, em exercício físico, dieta alimentar saudável, *checkups* dentários regulares.

Matarazzo (1984), tal como já foi referido, definiu comportamentos de saúde como sendo “*hábitos prejudiciais para a saúde*” (Ogden, 1999, p.26). Este conceito de ‘hábito’ está intimamente ligado ao constructo de comportamento, pois, tal como Aarts, Paulussen e Schaalma (1997) afirmam, um hábito é o resultado de processos cognitivos automáticos, capaz de ser activado automaticamente pelas características situacionais que normalmente precedem os comportamentos. Lindbladh e Lyttkens (2002) definem-no como um comportamento repetitivo e anti-reflexo (Limayem, Hirt & Cheung, 2007) permitindo-nos, então, referir que um hábito se traduz num comportamento repetido várias vezes até se transformar num processo automático despoletado por estímulos específicos. Limayem et al. (2007) defendem que o hábito e a intenção de agir são preditores independentes do comportamento actual. Segundo Charng, Piliavin e Callero (1988), uma vez que um hábito consiste num comportamento realizado várias vezes, será de esperar que um comportamento repetido no passado afecte directamente um comportamento no futuro. Mittal (1988) vem fortalecer estas ideias ao afirmar que se um comportamento habitual e um outro intencional apontam para a mesma direcção, ambos (hábito e intenção) exercem um efeito directo no



comportamento actual (Limayem et al., 2007).

Uma intenção comportamental, por sua vez, pode ser definida como o grau em que um indivíduo formula planos conscientes para realizar ou não um comportamento específico (Venkatesh, Brown, Maruping & Bala, 2008). Assim, podemos afirmar que uma experiência directa (hábito) resulta numa intenção comportamental mais forte e estável para a consequente adopção de um determinado comportamento (Guinea & Markus, 2009). Garber, Allsworth, Marcus, Hesser e Lapane (2008) enfatizam a importância em compreender não só os comportamentos, mas também as intenções em adoptar o comportamento, uma vez que estas desempenham uma forte influência nos mesmos. Schwarzer (2008) afirma igualmente que a maioria das teorias sócio-cognitivas defende que as intenções para mudar de comportamento de um indivíduo são o melhor preditor da mudança actual. No entanto, ainda no ponto de vista do mesmo autor, as pessoas têm tendência em adoptar comportamentos que não estão de acordo com as suas intenções.

O ser humano pode escolher entre adoptar comportamentos saudáveis e/ou evitar comportamentos de risco para a sua saúde, os quais funcionam como determinantes do seu estado de saúde. Esta escolha varia em função de diversos processos pessoais e sociais. Steptoe e Wardle (1996) apresentaram um conjunto de factores que exercem uma influência significativa nos comportamentos de saúde; são eles: factores sócio-culturais (v.g. tradição dietética, normas morais, religiosas), legislação (v.g. uso de cinto de segurança obrigatório, compra de álcool e tabaco), factores macro-económicos (v.g. rendimentos, impostos sobre o álcool e tabaco), provisão de cuidados de saúde (v.g. campanhas de vacinação, cuidados dentários gratuitos), sistemas de provimento de bens e serviços (v.g. subsídios para a prática de desporto, produção de alimentos com baixo teor de gordura), factores sócio-demográficos (v.g. idade, sexo, estatuto sócio-económico, educação, ocupação), estado de saúde (v.g. restrições de mobilidade e/ou alimentares devido ao estado de saúde), factores sociais e familiares (v.g. influência dos pares, hábitos familiares, rede de suporte social), factores psicológicos (v.g. consciência do risco, atitudes e crenças, valores relacionados com a saúde, auto-eficácia), hábitos e rotinas. Tavares e Nunes (2007) referem a percepção de saúde que cada indivíduo possui, como factor com influência na adopção de comportamentos de saúde positivos e/ou negativos. Cordeiro (1999) aponta factores como a idade, sexo, nível sócio-económico, cultura e a natureza de problemas de saúde que a pessoa possa eventualmente apresentar (Tavares & Nunes, 2007).

Belloc e Breslow (1972) realizaram um estudo longitudinal, *Alameda County Study*,

sobre factores associados aos comportamentos de saúde, no qual identificaram sete comportamentos com uma forte influência na saúde e bem-estar das pessoas. Os comportamentos reconhecidos foram: 1) Sete ou oito horas de sono por dia; 2) Tomar o pequeno-almoço quase todos os dias; 3) Nunca comer (ou raramente) entre as refeições; 4) Peso ajustado à altura; 5) Nunca fumar cigarros; 6) Consumo moderado (ou nenhum) de álcool; 7) Actividade física regular (Gonzalez & Ribeiro, 2004; Ogden, 1999; Ogden, 2004; Pereira & Leal, 2002; Sarafino, 2002;). Recentemente, foi realizado um estudo no qual foi identificado um outro factor que influencia a adopção de comportamentos de saúde, mais especificamente no local de trabalho. Este refere-se à flexibilidade do local de trabalho, i.e., um emprego que promova e permita aos seus colaboradores a adopção de um estilo de vida saudável, por exemplo através de actividade física e hábitos de sono regulares, facilita a adopção de comportamentos de saúde positivos por parte dos mesmos (Bridgeford, 2008).

Segundo Gollac e Volkoff (2000), as relações entre a saúde e a actividade laboral “revestem-se de uma grande complexidade, não são nem unívocas nem instantâneas” (Duarte, 2005, p.216), mas sim relações múltiplas e recíprocas. Todavia, e apesar da maioria dos trabalhadores continuar exposta a riscos profissionais, não é atribuída a devida importância aos efeitos das condições de trabalho na saúde dos indivíduos, partindo do pressuposto de que se estes não manifestam patologias severas, significa que possuem uma saúde satisfatória (Duarte, 2005).

A dificuldade sentida no estudo desta temática reside na dissociação feita entre saúde e trabalho, pois quando se deseja intervir nesta problemática, habitualmente, aborda-se uma linha mais voltada para o trabalho (v.g. condições de exercício do trabalho, exposição aos riscos profissionais) ou então para a saúde (v.g. diagnóstico da doença e respectivo enquadramento numa lista de doenças profissionais), descurando a integração das várias vertentes desta problemática (percurso de vida, vivências do sujeito, dimensão subjectiva da saúde, percepção pessoal) bem como da relação entre todas as variáveis (Duarte, 2005).

Como tal, Duarte (2005) enfatiza a necessidade de ultrapassar a visão reducionista do homem, reconhecendo a contribuição de cada um na construção e preservação da sua própria saúde.

## **2.1. Modelos de Mudança de Comportamentos de Saúde**

A mudança de comportamentos de saúde é um processo complexo. Ao longo dos anos, foram enunciadas diversas teorias numa tentativa de explicar este processo identificando

factores que aumentam a motivação e, consequentemente, facilitam a alteração para comportamentos positivos e saudáveis por parte dos indivíduos. Lippke e Ziegelmann (2008) apoiam esta ideia, enfatizando igualmente a necessidade destas teorias para o desenho e avaliação de intervenções. Estes mesmos autores e Schwarzer (2008) defendem a existência de dois tipos de modelos de mudança de comportamento de saúde: modelos contínuos (tentam encontrar preditores da mudança de comportamento, tais como intenções e atitudes) e modelos de estádios (a mudança de comportamento ocorre em diferentes fases).

Nos modelos contínuos, os sujeitos são colocados ao longo de uma escala que reflecte a probabilidade de uma acção (Lippke & Zielgemann, 2008; Schwarzer, 2008). São identificadas variáveis preditoras influentes e combinadas numa equação de predição. Assim, o objectivo de uma intervenção consiste em mover o indivíduo ao longo da escala em direcção à acção. Estes modelos defendem que o comportamento adoptado pelas pessoas resulta de uma intenção consciente, a qual é vista como sendo determinada por crenças e atitudes (Armitage & Conner, 2001; Schwarzer, 2008). Os autores destes modelos colocam a ênfase na identificação de um conjunto parcimonioso de indicadores que incluem constructos como a percepção de barreiras, normas sociais, gravidade da doença, vulnerabilidade do indivíduo e percepção de auto-eficácia. Estes conceitos são posteriormente combinados numa equação de predição para explicar a intenção comportamental e a mudança de comportamento. As abordagens com maior importância relativamente a estes modelos são a *Theory of Reasoned Action*, a *Theory of Planned Behavior* (Teoria do Comportamento Planeado) e a *Protection Motivation Theory* (Schwarzer, 2008).

A principal crítica apresentada a estes modelos prende-se com o facto de que eles representam melhor a variação da intenção do comportamento do que a variação do comportamento em si. Face a este problema, os modelos contínuos avançados necessitam incluir factores que ajudam a colmatar o *gap* entre intenção e comportamento. Ao fazê-lo, está implicitamente assumido que existem pelo menos dois processos de mudança de comportamento: um processo motivacional que acaba com uma intenção, e um processo volitivo que termina com um desempenho bem sucedido de um determinado comportamento (Schwarzer, 2008).

Os modelos de estádios foram elaborados com o intuito de superar as limitações dos modelos contínuos. Os teóricos realizaram uma tentativa em considerar características do processo de mudança de comportamento, propondo uma série de fases qualitativas (Swarzer, 2008). De acordo com estes modelos, existe uma equação específica para cada uma das fases

que prevê a passagem para a fase seguinte, até chegar a fase final. Como tal, as intervenções devem ser adequadas às especificações da fase em que se encontra o indivíduo (Lippke & Ziegelmann, 2008). *The Transtheoretical Model of Behavior Change* (Modelo das Fases de Mudança do Comportamento) tornou-se no modelo de estádios mais popular, pois defende que diferentes intervenções são adequadas em diferentes estádios de mudança de comportamento de saúde (Batista, 2005; Ogden, 2004; Schwarzer, 2008).

Seguidamente, são apresentados na Tabela 3 alguns dos modelos de mudança de comportamento de saúde.

Tabela 3

*Quadro resumo dos Modelos de Mudança de Comportamentos de Saúde*

Modelos	Características
<b>Modelo Transteórico do Comportamento</b> (Prochaska & DiClemente, 1982)	O processo de mudança de comportamento para estilos de vida mais saudáveis ocorre em cinco fases: <u>pré-contemplação</u> (sem interesse em mudar para um hábito mais saudável nos próximos seis meses), <u>contemplação</u> (motivação para pensar na mudança de hábito nos próximos seis meses); <u>preparação</u> (decisão determinada para mudar de hábito nos próximos 30 dias e já foi efectuada uma tentativa anterior para melhorar); <u>acção</u> (início da mudança de hábito); e <u>manutenção</u> (batalha para a manutenção do novo hábito saudável). Sendo um ciclo, o processo pode ser repetido inúmeras vezes, até o indivíduo conseguir alcançar o objectivo pretendido (Batista, 2005; Carvalho, 2006; Ogden, 2004; Prochaska et al., 2008; Schwarzer, 2008).
<b>Optimismo Irrealista</b> (Weinstein, 1983 e 1984)	Quatro factores cognitivos levam o indivíduo a adoptar comportamentos prejudiciais para a sua saúde devido a erradas percepções do risco e susceptibilidade: 1) falta de experiência pessoal do problema; 2) crença de que o problema é facilmente prevenido pela acção individual; 3) crença de que se o problema ainda não apareceu não irá

aparecer no futuro; e 4) crença de que o problema é pouco frequente. Segundo este modelo, as pessoas possuem uma atenção selectiva e, como tal, ignoram o comportamento que aumenta o risco focando-se essencialmente nos comportamentos por elas adoptados que já reduzem os riscos. Este processo de focalização da atenção nos factores que diminuem os riscos aumenta o optimismo dos indivíduos (Ogden, 2004).

**Crenças de Saúde**  
(Rosenstock, 1966)

O comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais: percepções de cada indivíduo sobre a susceptibilidade à doença; gravidade da doença; custos envolvidos na execução de um comportamento; e as pistas para a acção que podem ser internas ou externas. Este modelo permite predizer comportamentos de saúde, tais como a prática de exercício físico, diminuição do consumo de álcool, alteração da dieta alimentar e a cessação do consumo de tabaco (Ogden, 2004).

**Teoria da Motivação  
para a Protecção**  
(Rogers, 1975)

Os comportamentos de saúde são consequência de cinco componentes: gravidade; vulnerabilidade; eficácia da resposta; auto-eficácia; e medo. A gravidade, vulnerabilidade e medo estão relacionados com a avaliação da ameaça feita pelo indivíduo, enquanto que a eficácia de resposta e a auto-eficácia estão ligadas à avaliação de coping (Ogden, 2004).

**Modelos de Cognição  
Social**  
(Bandura, 1986)

A adopção de um determinado comportamento de saúde envolve seis elementos principais: o papel das expectativas (em relação aos resultados da situação, aos resultados e à auto-eficácia) na determinação do comportamento; o determinismo recíproco (interacção dinâmica entre indivíduo, comportamento e ambiente, no qual o comportamento ocorre); a capacidade comportamental

(conhecimento e capacidade) para executar um dado comportamento; auto-eficácia (Confiança na auto-capacidade de agir e ultrapassar barreiras); modelagem (aquisição comportamental pela observação de terceiros); e reforço (respostas ao comportamento que aumentam ou diminuem a probabilidade de voltar a ocorrer) (Batista, 2005; Bennett & Murphy, 1999; Ogden, 2004).

**Teoria do  
Comportamento  
Planeado**

(Ajzen & Fishbein, 1980)

Consiste numa teoria acerca da relação entre atitudes e comportamentos e num modelo geral de tomada de decisão comportamental. Como tal, define dois aspectos importantes: as intenções determinam causalmente o comportamento, e as intenções são, por sua vez, causadas pela junção de influências e atitudes relativamente ao comportamento e normas subjectivas. Os comportamentos dependem de três tipos de crenças: crenças comportamentais; crenças normativas; e crenças de controlo. (Bennett & Murphy, 1999; Chatzisarantis, Hagger, Wang & Thøgersen-Ntoumani, 2009; McCaul, Sandgren, O'Neill & Hinsz, 1993; Ramayah, Yusoff, Jamaludin & Ibrahim, 2009).

**Abordagem do  
Processo de Acção  
para a Saúde**

(Schwarzer, 1992)

A adopção de um comportamento de saúde envolve duas etapas e processos: 1) processos de motivação pré-intencional que levam a uma intenção comportamental; e 2) processos de volição pós-intencional que levam ao actual comportamento de saúde. Esta última etapa subdivide-se ainda na fase da planificação, acção e manutenção. Esta abordagem faz a ponte entre as intenções e o comportamento, atribuindo maior ênfase à auto-eficácia, não só em termos do desenvolvimento da intenção de agir, como também, e de forma implícita, em termos da fase cognitiva na qual ocorre a acção, já que a auto-eficácia promove a mantém os planos e o controlo da acção, bem como a sua

consequente manutenção (Batista, 2005; Bennet & Murphy, 1999; Ogden, 2004; Schwarzer, 2008).

**Modelo de Auto-Regulação de Leventhal**  
(Leventhal, 1984)

A adopção de uma resposta comportamental face a uma ameaça à saúde é influenciada pelas crenças que o sujeito possui acerca dos sinais, sintomas e consequente interpretação da mesma. O desejo e esforço realizado pelo indivíduo para regular o seu comportamento e evitar a ameaça ao seu estado de saúde varia de acordo com a representação cognitiva e emocional desta, os mecanismos de *coping* (desenvolvimento e implementação de um plano de acção) e a avaliação dos resultados (Figueiras, Alves, Barracho, 2004; Sousa, 2003).

---

Todos estes modelos, apesar das suas divergências, pretendem um mesmo objectivo: compreensão e explicação da mudança de comportamentos de saúde, no sentido de facilitar a promoção da adopção de um estilo de vida saudável na população. Contudo, não existe consenso entre os autores acerca de qual o melhor modelo para conduzir uma pesquisa sobre a mudança de comportamento para posteriormente definir uma intervenção com essa finalidade (Prochaska et al., 2008).

Tavares (2005) afirma que, segundo a OMS (2003), existe uma forte evidência de que alterações na actividade física, hábitos alimentares e consumo de tabaco podem produzir rápidas mudanças nos factores de risco dos indivíduos. Beer e Newman (1978) reforçam esta ideia ao descreverem comportamentos adaptativos individuais que se traduzem num estilo de vida positivo, saúde mental e física preventiva. Estas respostas adaptativas individuais consistem numa gestão do peso e/ou nutrição, evitar o consumo de substâncias prejudiciais à saúde (nicotina, álcool, cafeína e outros tipos de drogas), treino de relaxamento e exercício físico (Steffy, Jones & Noe, 1990).

Carvalho (2006) refere como resultados positivos de uma mudança de comportamento para um estilo de vida saudável os benefícios naturais de bem-estar, bem como o aumento da auto-estima através do sentimento de controlo que o sujeito possui sobre uma componente da sua vida, transformando-se assim num processo de *empowerment* do indivíduo. Kimura, Ogushi, Takahashi, Munakata e Ishii (2004) acrescentam igualmente, para além da prevenção de doenças, a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Renner, Schüs e Sniehotta (2008)

defendem que quando um indivíduo muda os seus comportamentos, diminuindo a sua percepção de riscos, maior irá ser a sua motivação para manter o seu novo padrão de comportamento. A diminuição da percepção de risco constitui-se como uma consequência adaptativa da mudança de comportamento (Brewer, Weinstein, Cuite & Herrington, 2004).

Segundo Lane (2004) pequenas mudanças no estilo de vida podem ter um impacto sobre a evolução geral de saúde de um indivíduo. Este mesmo autor, McGillivray (2005) e Sutton (2009) afirmam que colaboradores saudáveis têm tendência a ser mais felizes nos seus locais de trabalho, traduzindo-se, conseqüentemente, em trabalhadores mais produtivos. Este resultado positivo no âmbito do trabalho é igualmente enfatizado por outros autores, como por exemplo, Moore (2009) que defende que um ambiente de trabalho saudável ajuda a manter um negócio pessoal e aumentar a sua qualidade enquanto empregador; e Porter (2005), o qual acrescenta ainda conseqüências a nível da melhoria moral e aumento do trabalho de equipa. O autor consegue resumir todos os benefícios para uma organização que decorrem de trabalhadores saudáveis, numa simples afirmação: “*A healthy employee equals a healthy association*” (Porter, 2005, p.50).

Podemos, portanto, afirmar que a promoção de estilos de vida saudáveis traz grandes benefícios para as organizações (Larsen & Pomeranz, 2009; Taggart, 2009), as quais devem ser continuamente incentivadas a promover e facilitar a adopção de comportamentos de saúde por parte dos seus trabalhadores.



### **3. Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamentos de Saúde**

Ao longo dos últimos anos, as temáticas apresentadas (QVT e Comportamentos de Saúde) têm sido alvo de diversas investigações, nas quais são vistas como variáveis distintas e relacionadas com outros conceitos, bem como variáveis interdependentes que se influenciam mutuamente.

A flexibilidade quer de trabalho quer de horário de trabalho é apontada como um dos factores com influência para a QVT. Korney (2007) refere que a flexibilidade nos horários de trabalho deixou de ser excepção e tornou-se regra em grande parte das empresas. Este autor defende ainda que as organizações devem oferecer aos seus colaboradores uma ampla oportunidade de escolha para que estes se comprometam em adoptar um estilo de vida saudável. Os resultados obtidos por Costa, Sartori e Akerstedt (2006) no seu estudo sobre a relação entre variabilidade e flexibilidade do horário de trabalho com a saúde e o bem-estar vêm corroborar esta afirmação, pois apontam para fortes níveis de saúde e bem-estar psico-social, em particular quando associados a elevada flexibilidade e baixa variabilidade. O trabalho físico, a idade e a flexibilidade constituem os três factores com influência na saúde e bem-estar, mais importantes; e a flexibilidade surge igualmente como factor com maior influência na satisfação com o trabalho. Bridgeford (2008) realizou um estudo com um objectivo semelhante, uma vez que pretendia examinar a percepção de flexibilidade no local de trabalho e comportamentos de saúde. Os resultados demonstraram que a média dos níveis de sono eram mais elevados em trabalhadores que concordaram ou concordaram fortemente que tinham a flexibilidade que necessitavam no seu local de trabalho, em comparação com aqueles que sentiam que a empresa não proporcionava flexibilidade suficiente. A média da frequência de actividade física era maior naqueles que concordaram ou concordaram fortemente que tinham flexibilidade suficiente, em comparação com os que discordaram. Os trabalhadores que concordaram ou concordaram fortemente com o estado de flexibilidade sentem que o seu estilo de vida é mais saudável, em comparação com os trabalhadores que discordaram.

Segundo Goldsmith e Goldsmith (2009), a forma como ocupamos o nosso tempo fora do local de trabalho tem uma grande implicação na forma como nos sentimos. Os resultados obtidos pelos autores demonstram que gastar tempo praticando exercício físico ou estar com as pessoas quem se gosta e sentir-se desafiado, proporciona às pessoas uma maior satisfação com a vida no local de trabalho e em casa.

Guedes (2009) realizou um estudo com o intuito de relacionar a QVT com indicadores

de satisfação. Os resultados evidenciam uma relação entre QVT e indicadores de satisfação ligados à família e ao lazer. Matheny (2008) refere, como maiores fontes de satisfação no trabalho, o crescimento pessoal, desenvolvimento pessoal, equilíbrio trabalho/vida, comunicação eficaz e relacionamentos interpessoais, como factores que aumentam a satisfação com o trabalho. Por sua vez, Julien (1991) refere, com base nos resultados do seu estudo, que o estilo de gestão dos superiores possui uma influência directa elevada no grau de satisfação no trabalho, e que para diminuir os níveis de insatisfação é importante melhorar as condições facilitando o trabalho e as perspectivas de carreira.

Martins (2007) procurou verificar a relação existente entre as características de trabalho, a cultura organizacional, o estilo de liderança e a QVT. Os resultados obtidos apontam para um reconhecimento da relação entre a percepção da cultura organizacional e do estilo de liderança e sua influência a nível dos estados psicológicos, satisfação e motivação.

O suporte dado aos trabalhadores por parte dos superiores é igualmente considerado um factor com ligação à QVT e saúde. Kossek e Hammer (2008) efectuaram um estudo longitudinal com mais de cem trabalhadores e dezenas de gestores de supermercados da América Central para verificar o impacto da formação dada aos gestores para que estes proporcionem maior suporte aos seus colaboradores relativamente a questões ligadas ao trabalho/vida, com o objectivo último de aumentar a satisfação e saúde dos trabalhadores. Os resultados sugerem que os trabalhadores cujos gestores não oferecem suporte, apresentam os piores resultados relativamente às atitudes no trabalho, à pressão sanguínea, frequência cardíaca, qualidade do sono, saúde em geral, e não desejam permanecer na empresa mais de um ano. Após ter sido dada formação aos gestores, os resultados foram positivos, pois obteve-se uma melhoria a nível da saúde (dores e problemas psicológicos), satisfação e segurança dos trabalhadores.

O suporte organizacional foi igualmente referido no estudo de Butts et al. (2009) cujo objectivo consistiu no teste de um modelo que lhes permitisse examinar a noção de que práticas de trabalho de elevado envolvimento produzem sentimentos de *empowerment* nos trabalhadores, o que, por sua vez, resulta numa maior satisfação no trabalho, maior compromisso organizacional, menor stress, e maior desempenho. Segundo os autores, o impacto do aumento do *empowerment* nestes resultados positivos é fortalecido quando os trabalhadores sentem que a empresa lhes proporciona suporte. Para maximizar a eficácia destas práticas, as empresas devem ainda considerar outros factores, tais como o aumento da tomada de decisão por parte dos trabalhadores, maior acesso à informação e oportunidades de

desenvolvimento, vincular a remuneração ao desempenho, aumentar a confiança do trabalhador, a importância da sua função, bem como o impacto que eles sentem que têm sobre o trabalho. A importância destes factores, em particular a autoridade de tomada de decisão, oportunidades de aprendizagem, suporte social e diálogo entre operador e supervisor e entre colegas, foi igualmente referida por Mikkelsen, Saksvik e Landsbergis (2000) para a promoção da saúde e evitamento de problemas de saúde.

Gröpel e Kuhl (2009) debruçaram-se sobre um outro factor ao qual é atribuído cada vez maior importância: equilíbrio Trabalho/Vida. Como tal, realizaram um estudo para avaliar a relação entre esta variável e o bem-estar, i.e., testar a hipótese de que quantidade suficiente de tempo disponível aumenta o bem-estar porque facilita a satisfação das necessidades pessoais. Os resultados sugerem que a percepção de ter tempo disponível suficiente para o trabalho e a vida social prediz o nível de bem-estar, apenas se as necessidades do indivíduo são satisfeitas dentro desse espaço de tempo.

Stradzins, D'Souza, Lim, Broom e Rodgers (2004) enfatizam a importância da identificação de todas as condições de trabalho que afectam a saúde física para a definição da política de saúde e intervenção nesse âmbito.

A temática da saúde foi alvo de investigação por parte de Kimura et al. (2004) com o intuito de comparar a associação de cada item de um exame de saúde, incluindo as funções orgânicas e estilos de vida, com a qualidade de vida relacionada com a saúde, por género. No geral, os resultados revelam uma forte associação entre estilo de vida e qualidade de vida. Em particular, e de acordo com os géneros, os resultados apontam para uma forte associação entre as funções orgânicas e a qualidade de vida (excepto o índice de massa corporal) nas mulheres; os resultados quanto à relação existente entre o estilo de vida (consumo de tabaco e álcool, tomar pequeno almoço, fazer exercício físico, deitar-se cedo e trabalhar horas extraordinárias) e a qualidade de vida foram diferentes entre os géneros.

Tavares (2005) realizou um estudo onde pretendia identificar a prevalência de comportamentos de risco para a saúde auto-referidos pelos trabalhadores activos de uma empresa do sector produtivo, dos quais se destacaram o consumo de tabaco e de álcool, dieta inadequada (em gorduras saturadas e fibras) e inactividade física, assim como a prevalência de indivíduos com percepção negativa do estado de saúde, risco elevado de stress no local de trabalho e percepção positiva de stress. Foi ainda objectivo da investigação analisar a associação entre estas variáveis e certas características sócio-demográficas da população em estudo, bem como a associação dos comportamentos de risco entre si e a associação entre o

risco/percepção de stress e a percepção da saúde. Os resultados sugerem uma elevada prevalência de consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool e inactividade física, assim como uma elevada percentagem de indivíduos com dieta inadequada, excesso de peso e obesidade de diversos graus. É de salientar que 36,9% dos trabalhadores têm uma percepção negativa do seu estado de saúde, particularmente entre os trabalhadores mais velhos. O consumo de tabaco, para além de ser o comportamento de risco mais prevalente encontrou-se estatisticamente associado ao consumo excessivo de álcool e ao consumo elevado de gorduras saturadas, o que pode contribuir para um aumento das doenças crónicas. Os trabalhadores mais jovens apresentam-se mais expostos ao consumo de tabaco e de gorduras saturadas. Os homens, de um modo geral, estão mais expostos a comportamentos de risco que têm impacto directo sobre a saúde; enquanto que as mulheres apresentam uma exposição elevada relativamente ao consumo de tabaco.

Num âmbito semelhante ao estudo anterior, Tavares e Nunes (2007) efectuaram um estudo com o intuito de analisar os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) de operários fabris. Propuseram-se analisar a existência de relação entre os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) desses operários e o locus de controlo na saúde, a auto-avaliação de saúde e as características sócio-demográficas e laborais. Os resultados obtidos revelam que a segurança no trabalho, segurança rodoviária, sono e repouso, e prevenção da doença e vigilância da saúde são os comportamentos mais adoptados pela população fabril.

Naumanen (2006) realizou um estudo onde descreve qualitativamente o envelhecimento dos trabalhadores e a promoção da sua saúde; a importância dos factores individuais, do local de trabalho e ocupacionais na promoção da saúde, e o impacto da promoção da saúde e da contribuição dos colegas para a promoção da saúde dos trabalhadores idosos, de forma quantitativa. Os resultados confirmam a grande importância desempenhada pelos factores de promoção, o seu impacto e de alguns colegas de trabalho, para a saúde dos trabalhadores mais velhos. O autor refere que os problemas de saúde no início da reforma e o absentismo são bastante comuns nos trabalhadores mais idosos. Como tal, se uma organização desejar evitar estes problemas, é importante apoiar a capacidade destes trabalhadores para o trabalho de forma eficaz e sistemática para lhes permitir permanecer em funções até à reforma em idade normal.

Uma vez que a empresa na qual foi realizada a presente investigação possui uma organização de trabalho por turnos rotativos, considerou-se importante apresentar igualmente estudos realizados em empresas com uma forma de trabalho semelhante. Como tal, é de

salientar o estudo de Barreto (2008) cujo objectivo consistiu em identificar as consequências do trabalho por turnos na saúde e na vida social e familiar dos trabalhadores, na área industrial. Os resultados sugerem que existe uma prevalência significativa de problemas de saúde a vários níveis: físico, psicológico, social e familiar. Quanto aos hábitos de vida, verifica-se um forte consumo de café e um desequilíbrio notável ao nível da alimentação, em especial nos trabalhadores do turno da noite. Também Kivimäki, Kuisma, Virtanen e Elovainio (2001) se debruçaram sobre este tema, através do seu estudo onde examinaram a associação entre o trabalho por turnos e hábitos de saúde, como o tabaco, consumo de álcool, actividade física e excesso de peso. Os resultados sugerem que os trabalhadores por turnos fumam mais e têm mais excesso de peso do que os trabalhadores de dia. O trabalho por turnos não está associado com o consumo de álcool ou estilo de vida sedentário.

Grande parte da vida adulta dos indivíduos é passada no seu local de trabalho, onde desempenham diariamente as suas tarefas. Como tal, é cada vez mais importante que os gestores das organizações se preocupem com as condições de trabalho (vg. condições físicas, oportunidades de aprendizagem, componente económica) oferecidas aos seus colaboradores, em especial aquelas que afectam a saúde física e emocional das pessoas. Para além das condições de trabalho e de QVT, também os Comportamentos de Saúde adoptados pelos sujeitos influenciam o seu bem-estar e o seu desempenho, estabelecendo, assim, uma relação directa entre QVT e Comportamentos de Saúde.

Tendo em conta tudo o que foi exposto anteriormente a nível teórico, vão ser agora apresentados os resultados de uma intervenção realizada numa empresa multinacional do sector alimentar, com uma organização de trabalho por turnos, cujo objectivo principal foi avaliar a QVT e os Comportamentos de Saúde dos trabalhadores da organização.

## **II. Corpo Empírico**

### **1. Apresentação e Objectivos do Estudo**

O tema da QVT está a adquirir um relevo cada vez maior dentro das organizações, não só pelos seus efeitos positivos no dia-a-dia da vida na e da empresa, como também pelos resultados nefastos que a sua ausência provoca. A implementação de QVT permite aos gestores melhorar cada vez mais o ambiente de trabalho, proporcionando melhores condições de trabalho, maior conforto, bem como um ambiente saudável, desenvolver boas relações interpessoais, i.e., melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores na empresa.

O estudo dos comportamentos de saúde é igualmente importante, pois possibilita a identificação de comportamentos menos saudáveis e, assim, torná-los mais positivos, prevenindo possíveis consequências nefastas para a saúde, sempre com o objectivo de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. Permite ainda dar suporte a questões de comportamentos individuais relativamente à saúde.

A presente investigação foi realizada numa fábrica de uma empresa multinacional, do sector alimentar, que se dedica ao fabrico e venda de produtos alimentares, o que obriga a uma organização de trabalho por turnos, de forma a conseguir manter uma produção contínua. Um horário de trabalho por turno acarreta consequências a nível físico, psicológico e emocional para o trabalhador, devido às suas exigências e alteração constante das rotinas alimentares, sociais e do sono. Assim, torna-se pertinente e importante a realização de um estudo sobre a QVT e os Comportamentos de Saúde dos colaboradores da fábrica, pois irá permitir conhecer a opinião das pessoas relativamente às condições (físicas e emocionais) do seu local de trabalho, aquilo que poderá, eventualmente, ser melhorado, bem como os Comportamentos de Saúde por eles adoptados, sempre como intuito de melhorar a vida e o bem-estar físico e emocional de todos os colaboradores, dentro e fora do seu local de trabalho.

Como tal, os objectivos principais são: 1) avaliar a QVT dos trabalhadores de uma multinacional; 2) avaliar os Comportamentos de Saúde adoptados pelos mesmos; 3) determinar as relações entre QVT e Comportamentos de Saúde. Para além destes três objectivos principais, foi proposto um objectivo secundário que consiste em avaliar eventuais diferenças na QVT e Comportamentos de Saúde relativamente às variáveis sócio-demográficas. Foi igualmente colocada uma hipótese para cada um dos objectivos:

H1: Os trabalhadores da organização apresentam níveis de QVT elevados.

H2: Os trabalhadores da organização apresentam Comportamentos de Saúde

adequados.

H3: Trabalhadores que tenham elevados níveis de QVT têm também elevados níveis de Comportamentos de Saúde.

H4: As mulheres referem usufruir de mais QVT do que os homens.

H5: As mulheres apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que os homens.

H6: Os trabalhadores mais novos referem usufruir de mais QVT do que os trabalhadores mais velhos.

H7: Os trabalhadores mais novos apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que os trabalhadores mais velhos.

H8: Os trabalhadores solteiros referem usufruir de mais QVT do que os trabalhadores casados ou divorciados.

H9: Os trabalhadores solteiros apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que os trabalhadores casados ou divorciados.

H10: Os trabalhadores que residem em Castelo Branco referem usufruir de mais QVT do que aqueles que vivem fora da cidade.

H11: Os trabalhadores que residem dentro de Castelo Branco apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que aqueles que vivem fora da cidade.

H12: Os trabalhadores com filhos referem usufruir de mais QVT do que aqueles que não têm filhos.

H13: Os trabalhadores com filhos apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que aqueles que não têm filhos.

H14: Os trabalhadores com um familiar a seu cargo (para além dos seus próprios filhos) atribuem mais importância a QVT do que aqueles que não têm familiar a cargo.

H15: Os trabalhadores com um familiar a seu cargo (para além dos seus próprios filhos) apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que aqueles que não têm familiar a cargo.

H16: Os trabalhadores com ensino superior referem usufruir de mais QVT do que os trabalhadores com ensino básico e secundário.

H17: Os trabalhadores com ensino superior apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que os trabalhadores com ensino básico e secundário.

- H18: Os trabalhadores com mais antiguidade na empresa referem usufruir de mais QVT do que os trabalhadores mais recentes.
- H19: Os trabalhadores com mais antiguidade na empresa apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que os trabalhadores mais recentes.
- H20: A área Técnica/Administrativa refere usufruir de mais QVT do que as outras áreas.
- H21: A área Técnica/Administrativa apresenta Comportamentos de Saúde mais adequados do que as outras áreas.
- H22: Os trabalhadores que chefiam pessoas referem usufruir de mais QVT do que aqueles que não chefiam outras pessoas.
- H23: Os trabalhadores que chefiam pessoas apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que aqueles que não chefiam outras pessoas.
- H24: Os trabalhadores com horário normal referem usufruir de mais QVT do que os trabalhadores que trabalham por turnos.
- H25: Os trabalhadores com horário normal apresentam Comportamentos de Saúde mais adequados do que os trabalhadores que trabalham por turnos.

## **1.1 Planificação**

### **1.1.1 Design do Estudo**

A presente investigação consiste num estudo observacional-descritivo, na medida em que descreve o modo como se comportam as variáveis, bem como comparativo e correlacional, pois pretende estabelecer comparações e correlação das variáveis entre si e com variáveis sócio-demográficas. É ainda cross-sectional, na medida em que se propõe retirar dados num único momento.

### **1.1.2 Definição das Variáveis**

Esta investigação pretende estudar duas variáveis principais: a Qualidade de Vida no Trabalho, quer nas suas diversas dimensões, quer na sua totalidade; e os Comportamentos de Saúde. Para além destas duas variáveis, foram ainda definidas como variáveis secundárias, determinadas variáveis sócio-demográficas, são elas: género, idade, estado civil, local de residência, ter familiares a seu cargo (para além dos próprios filhos), escolaridade, área de trabalho e horário de trabalho.



## 2. Método

### 2.1 Participantes

A amostra utilizada na presente investigação foi recolhida por conveniência, uma vez que se pretendia avaliar a QVT dos colaboradores de uma empresa específica. Contudo, apesar de a empresa contar 138 trabalhadores, a nossa amostra, tal como se verifica na Tabela 4, é constituída por 81 colaboradores de diferentes áreas: produção (54.4%), manutenção (13.9%), técnica/administrativa (27.8%) e laboratório (3.8%). Destes 81 participantes, tal como se pode observar nas Tabelas 5 e 6, 56 são homens (71.6%) e 23 mulheres (28.4%), cujas idades estão maioritariamente compreendidas entre os 40 e 49 anos (52.5%). É importante referir que tendo em conta que existem alguns dados omissos, apresentam-se nas tabelas seguintes os resultados validados para o conjunto de participantes que respondeu aos itens.

Tabela 4

*Distribuição da amostra por área de trabalho e género (n=79)*

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Área						
Produção	33	60.0	9	39.1	43	54.4
Manutenção	11	20.0	0	0	11	13.9
Laboratório	0	0	3	13.0	3	3.8
Técnica/ Administrativa	11	20.0	11	47.9	22	27.8
Total	55	100	23	100	79	100

Tabela 5

*Distribuição da amostra por género (n=81)*

Variável	<i>N</i>	%
Género		
Masculino	56	71.6
Feminino	23	28.4
Total	81	100

Tabela 6

*Distribuição da amostra por grupos de idade e género (n=80)*

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Idade						
entre 18 e 29	4	7.0	2	8.6	6	7.5
entre 30 e 39	22	39.3	4	17.4	26	32.5
entre 40 e 49	25	44.6	16	69.5	42	52.5
entre 50 e 59	5	9.0	1	4.0	6	7.5
Total	56	100	23	100	80	100

A quase totalidade dos colaboradores é casada (80%), com dois filhos (68.8%) entre os 6 e os 14 anos de idade (58.3%), e reside na cidade onde está localizada a organização (77.2%). Na Tabela 7 é apresentada a distribuição da amostra por género e estado civil, número de filhos e na Tabela 8 e 9, as idades dos filhos e o local de residência, respectivamente.

Tabela 7

*Distribuição da amostra por estado civil, nº de filhos e por género (n=80)*

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Estado Civil						
Solteiro	9	16.0	1	4.3	10	12.5
Casado/União de Facto	43	77.0	20	87.0	64	80.0
Divorciado/Separado	4	7.0	2	8.7	6	7.5
Total	56	100	23	100	80	100
Nº Filhos						
0	16	28.6	4	17.4	20	25.0
Até 2	35	62.5	19	82.6	55	68.8
Mais de 2	5	8.9	0	0	5	6.3
Total	56	100	23	100	80	100

Tabela 8

*Distribuição da amostra por idade dos filhos e por gênero (n=60)*

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Idade Filhos						
Até 6 anos	2	5.0	0	0	2	3.3
6-14 anos	25	62.5	10	52.6	35	58.3
Mais de 14 anos	13	32.5	9	47.4	23	38.3
Total	40	100	19	100	60	100

Tabela 9

*Distribuição da amostra por local de residência e por gênero (n=79)*

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Local de Residência						
Castelo Branco	39	70.9	21	91.3	61	77.2
Fora de Castelo Branco	16	29.1	2	8.7	18	22.8
Total	55	100	23	100	79	100

Mais de metade dos inquiridos desempenha a sua função dentro da organização há mais de 15 anos (76.3%). Sendo uma empresa com horário de trabalho organizado por turnos, 62.5% dos participantes trabalha por turnos e 37.5% possui um horário normal. Destes, 79.5% não chefia pessoas. Esta informação está patente nas Tabelas 10 e 11.

Tabela 10

*Distribuição da amostra por antiguidade na empresa, horário de trabalho e por gênero (n=80)*

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Antiguidade na Empresa						
Menos de 2 anos	2	3.6	1	4.4	3	3.8
2 e 5 anos	3	5.4	1	4.4	4	5.0
5 e 10 anos	4	7.1	3	13.0	7	8.8
10 e 15 anos	4	7.1	1	4.4	5	6.3
Mais de 15 anos	43	76.8	17	73.9	61	76.3
Total	56	100	23	100	80	100
Horário de Trabalho						
Turnos	39	69.6	10	43.5	50	62.5
Normal	17	30.4	13	56.5	30	37.5
Total	56	100	23	100	80	100

Tabela 11

*Distribuição da amostra pela variável se chefia pessoas e por género (n=78)*

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Chefia Pessoas						
Sim	15	27.3	1	4.3	16	20.5
Não	40	72.7	22	95.7	62	79.5
Total	55	100	23	100	78	100

## **2.2 Material**

### **2.2.1. Questionário Sócio-Demográfico**

Foi construído um questionário sócio-demográfico de auto-resposta para a recolha de informação de algumas variáveis fulcrais para o desenrolar de toda a investigação, tais como o género, idade, número de filhos, estado civil, local de residência, antiguidade na empresa, área de função e horário de trabalho (cf. Anexo I).

### **2.2.2. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)**

Para avaliar o estilo de vida e comportamentos de saúde adoptados pelos indivíduos, optámos pelo Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) desenvolvido por Ribeiro, em 1993, no seu estudo com uma população jovem (Ribeiro, 1993; 2004; Ribeiro & Sousa, 2002) (cf. Anexo II).

O instrumento foi construído com base no questionário de Hettler (1982) denominado *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ), o qual consiste numa medida de avaliação desenvolvida no âmbito de um programa de intervenção na promoção da saúde, na Universidade de *Wisconsin-Steven Point*, e cujo objectivo era não só avaliar o estilo de vida dos estudantes, como também educá-los para comportamentos relacionados com a saúde que podem ser implementados e avaliados (Ribeiro, 1993; 2004). Hettler (1982) defende que cada um de nós desenvolve um estilo de vida único que muda diariamente, reflectindo as nossas dimensões intelectuais, emocionais, espirituais, físicas, sociais e profissionais. Partindo deste pressuposto, o autor propõe a abordagem destas seis dimensões básicas no seu modelo de intervenção (Ribeiro, 2004).

O LAQ, constituído por 286 itens, inclui quatro secções: Inventário de *Wellness* (173 itens), Crescimento Pessoal (31 itens), Risco de Morte (43 itens), e Alerta (39 itens). Cada uma das secções abrange diferentes categorias. Na presente investigação são apenas referidas as áreas referentes à primeira secção uma vez que o QACS adoptou 25 itens da mesma. Assim, a secção Inventário de *Wellness* apresenta os seus itens distribuídos por 11 categorias: Exercício Físico, Físico Nutricional, Auto Cuidado Físico, Segurança Física relacionada com Veículos, Aspectos Físicos relacionados com Drogas, Meio Ambiente, Aceitação e Despertar Emocional, Gestão Emocional, Intelectual, Ocupacional, e Espiritual. As primeiras cinco categorias são consideradas pelo autor como físicas, pois reportam-se a comportamentos, acções ou intenções comportamentais. Os itens adoptados pelo QACS foram escolhidos entre as 78 questões pertencentes à primeira e à terceira áreas. O critério para a sua selecção foi

baseado na análise de conteúdo, cujo fim último foi desenvolver um questionário de avaliação do estilo de vida breve para fazer uma avaliação rápida na população. Para além destes 25 itens, foram ainda acrescentadas três questões referentes a atitudes sexuais que o inventário original não continha, provavelmente devido ao período em que foi desenvolvido (meados dos anos 80), pois o comportamento sexual ainda não tinha adquirido a relevância social e impacto na saúde que actualmente possui (Ribeiro, 1993; 2004).

O QACS, constituído por 28 itens, é um instrumento que pretende avaliar os comportamentos, atitudes e estilo de vida dos indivíduos em áreas que a investigação tem evidenciado constituírem factores de risco para a saúde em geral. Os itens que o compõem podem ser divididos em dois grupos, pois os primeiros 15 itens questionam a frequência com que o sujeito implementa determinadas acções (indagando se costuma ou não praticar determinados comportamentos), e os 13 itens finais interrogam as atitudes para com determinadas acções (questões em termos de “evito”) (Ribeiro, 1993; 2004).

Estas acções, ou comportamentos, estão agrupados em cinco categorias: *Exercício Físico* (Empenhamento em manter boa condição física), *Nutrição* (escolha de alimentos consistente com os objectivos cientificamente definidos), *Auto cuidado* (comportamentos que facilitam a prevenção ou a detecção precoce de doenças), *Segurança motorizada* (capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidente com veículos), e *Uso de drogas ou similares* (capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas) (Ribeiro, 2004). Pretendem avaliar dez dimensões: Cuidado com a Alimentação (v.g. “Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal”); Preocupação com o Ambiente Poluído (v.g. “Evito os ambientes que tenham o ar poluído”); Exercício (“Ando a pé ou de bicicleta diariamente”); Cuidado com as Relações Sexuais (v.g. “Evito mudar de parceiro sexual”); Prevenção das Doenças (v.g. “Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes”); Cuidado com as Drogas Semi-Legais (v.g. “Evito tomar tranquilizantes”); Preocupação com as Bebidas Alcoólicas (v.g. “Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia”); Preocupação com o Tabaco e Medicamentos (v.g. “Evito fumar”); Cuidado com o Transporte Automóvel (v.g. “Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade”); Protecção da Saúde (v.g. “Mantenho as minhas vacinas em dia”) (Ribeiro & Sousa, 2002). A resposta a cada um dos itens é dada numa escala ordinal tipo likert com cinco alternativas que representam a percentagem em que o inquirido adota, ou não, o comportamento, entre o “quase nunca” (1) num dos extremos da escala e o “quase sempre” (5) no outro extremo. A nota final consiste no somatório das respostas do

sujeito, proporcionando assim um resultado global, podendo, no entanto, ser utilizado como um perfil. Deste modo, a nota de comportamentos protectores de saúde irá variar entre 28 e 140, sendo que uma nota baixa corresponde a um melhor comportamento. Segundo o autor do instrumento, o tempo de resposta é de cinco a dez minutos para pessoas letradas (Ribeiro, 1993; 2004; Ribeiro & Sousa, 2002).

Os itens definidos para o QACS foram avaliados por profissionais relativamente à sua validade de conteúdo, sendo seguidamente submetidos a *cognitive debriefing* no sentido de identificar se a população alvo interpretava e entendia as questões, bem como o modo de responder de acordo com o que era pretendido pelo investigador (Ribeiro, 2004).

O agrupamento dos diferentes itens foi analisado com base no facto de que o questionário constitui uma lista de classificação (*rating scale*) tal como o questionário de Hettler (1982). Assim, não é necessário realizar uma exploração da relação entre os itens como no caso de constituírem uma escala, pois uma lista de classificação não assume familiaridade entre itens, o que torna a avaliação da consistência interna desnecessária. Contudo, Ribeiro (2004) explorou a consistência interna dos itens através do Alpha de Cronbach para identificação de um potencial erro de medida. Os resultados obtidos apresentam correlações modestas entre os itens e a respectiva categoria, sendo que apenas a categoria *Nutrição* mostra valores de correlação elevados. Estes resultados sugerem que os itens das diferentes categorias não têm familiaridade suficiente para constituírem uma escala, sendo, por isso, considerados uma lista de classificação. Por sua vez, a correlação entre as categorias que compõem o inventário é moderada ou baixa, o que confirma a sua interdependência. A consistência interna para o inventário total é satisfatória (Ribeiro, 2004).

A validade do inventário foi inspeccionada através da comparação com medidas provenientes de outros instrumentos, como por exemplo o *Mental Health Inventory five items* (MHI-5), Auto Conceito, Percepção Geral de Saúde, Auto Eficácia, Suporte Social (Ribeiro, 2001; 1994; 1995; 1999, *cf.* Ribeiro, 2004). Os resultados obtidos mostram que algumas categorias do QACS (Segurança Motorizada, Nutrição e Uso de Drogas e Similares) não mantêm relação estatisticamente significativa com as variáveis psicológicas consideradas pelo autor. As categorias Exercício Físico e Auto Cuidado mantêm correlações significativas com todas as escalas, apesar de os valores serem modestos. A variável que mantém relações mais fortes com o inventário é a Percepção Geral de Saúde (Ribeiro, 2004).

Podemos, assim, concluir que o QACS faz um resumo adequado dos comportamentos relativos à saúde e às doenças e que está de acordo com os resultados obtidos pela

investigação em geral. O estudo das qualidades do questionário enquanto medida de avaliação mostram que possui propriedades adequadas para medir aquilo a que se propõe e de forma breve, i.e., é de aplicação rápida e útil, permitindo não só avaliar os comportamentos de saúde, como também programas de intervenção na promoção da saúde ou na prevenção das doenças (Ribeiro, 2004), apresentando-se, conseqüentemente, como um instrumento adequado para a investigação a que nos propomos.

Para o presente estudo, foram retirados quatro itens ao inventário, pois não estavam adequados para a população alvo e para os objectivos principais da investigação (“Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames”; “Evito mudar de parceiro sexual”; “Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal”; “Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções”). Foi também modificada a enunciação do item “Vou anualmente ao médico fazer um *checkup*” para “Vou anualmente ao médico fazer análises a tudo (*checkup*)”, devido às baixas habilitações literárias de uma parte da amostra do estudo, de forma a facilitar a compreensão do item à mesma.

### **2.2.3. Inventário sobre a Qualidade de Vida no Trabalho**

O Inventário sobre a Qualidade de Vida no Trabalho foi desenvolvido por Rafael e Lima, em 2007, com o intuito de avaliar a importância da QVT. No entanto, até ao dia de hoje, este instrumento já sofreu algumas alterações, existindo duas versões: 1- Versão para investigação, e 2- Versão experimental para investigação modificada em 2008 pelos autores do instrumento (Dias, 2009; Guedes, 2009; Rafael, 2009; Vardevanyan, 2009). Na presente investigação vai ser utilizada a segunda e última versão desenvolvida até ao momento (cf. Anexo III).

Inicialmente, o instrumento foi desenvolvido como versão para investigação com o objectivo único de avaliar a importância da QVT. Baseando-se na literatura existente, os autores seleccionaram cinco grandes dimensões: Emprego, Carreira, Relações de Trabalho, Vida Pessoal e Condições de Trabalho. Para cada uma destas categorias, consideraram 14 itens, perfazendo um total de 70 itens, definidos com base não só na análise da literatura e de outros instrumentos de medida, como também no contributo de especialistas e estudantes em Psicologia dos Recursos Humanos. A resposta a cada item solicitava ao sujeito que se pronunciasse sobre a importância relativa para a sua QVT, dando as respostas numa escala de seis alternativas, de “Nada Importante” a “Muito Importante” (Dias, 2009; Guedes, 2009; Rafael, 2009; Vardevanyan, 2009). Após a análise da consistência interna e face aos



resultados obtidos com o Alpha de Cronbach, os quais variaram entre .79 (Emprego) e .90 (Carreira e Condições de Trabalho), os autores do instrumento decidiram prosseguir a investigação relacionando a QVT com outras variáveis (Guedes, 2009).

Os resultados obtidos com esta primeira versão demonstraram a necessidade de reformular o instrumento para avaliar a QVT, i.e., avaliar e distinguir Importância e Frequência de ocorrência da QVT. Como tal, a versão experimental foi construída tendo em conta duas escalas, uma respeitante à importância e outra à frequência da QVT. Para cada uma das afirmações foi pedido ao indivíduo que indicasse o grau de importância para a sua QVT, bem como a frequência com que verificava esses acontecimentos no seu local de trabalho, mantendo-se a escala de seis opções de resposta. Tal como na versão anterior, também esta segunda versão para investigação incluiu, no final, um espaço para os participantes indicarem acontecimentos considerados importantes na sua profissão ou organização e que não estavam contemplados nos itens. Para cada situação acrescentada pelo sujeito, era-lhe solicitado que avaliasse o grau de importância e a frequência com que verificava esse mesmo acontecimento (Dias, 2009; Guedes, 2009; Rafael, 2009; Vardevanyan, 2009).

Uma outra diferença entre as duas versões prende-se com o facto de que a versão experimental é composta por 60 itens e não 70 itens como na primeira versão. A diminuição do número de itens resultou de análises factoriais exploratórias e análises de conteúdo dos itens, o que levou à eliminação e reformulação de diversos itens, no sentido de permitir, através da resposta aos itens, uma avaliação quer da Importância quer da Frequência da QVT (Dias, 2009; Guedes, 2009; Rafael, 2009; Vardevanyan, 2009).

As dimensões iniciais do inventário também sofreram ligeiras alterações. As dimensões Carreira e Vida Pessoal foram reformuladas. A dimensão Carreira desdobrou-se em duas dimensões relativas a questões sobre formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e a aspectos que incluem a promoção, reconhecimento e componente económica. Relativamente à dimensão Vida Pessoal, esta subdividiu-se numa dimensão relacionada com a família e a conciliação trabalho/família e noutra com conteúdos relacionados com o lazer (Dias, 2009; Guedes, 2009; Rafael, 2009; Vardevanyan, 2009).

No primeiro estudo realizado com esta versão experimental para investigação (Rafael & Lima, 2008, *cf.* Guedes, 2009), os resultados obtidos a nível da consistência interna (Alpha de Cronbach) para a escala de Importância da QVT variaram entre .69 na dimensão Conciliação Trabalho/Família e .91 para as dimensões Características do Trabalho e

Reconhecimento no Trabalho, e para a escala de Frequência da QVT variaram entre .83 na dimensão Relações no Trabalho e .93 na dimensão Lazer e Trabalho (Guedes, 2009).

Guedes (2009) realizou o segundo estudo com a versão experimental para investigação do inventário e obteve elevados níveis de consistência interna para a escala de Importância da QVT (.97) e para a escala de Frequência da QVT (.95). A autora do estudo realizou igualmente uma análise “*Scale if item deleted*” para as duas escalas. Os resultados obtidos apontam para um contributo idêntico por parte de todos os itens para a consistência interna das escalas. Dias (2009) também obteve resultados similares no seu estudo sobre QVT e empenhamento organizacional afectivo relativamente ao alfa de Cronbach para a escala de Frequência da QVT (.95); e Vardevanyan, (2009) obteve alfa de Cronbach de .97 para a escala de Importância da QVT.

Os resultados dos coeficientes alfa de Cronbach obtidos na presente investigação são bastante satisfatórios, revelando uma consistência interna excelente para ambas as escalas do questionário (escala de Importância .98; escala de Frequência .97), bem como para as diferentes dimensões, revelando uma maior consistência interna do que aquela obtida por Rafael (2009) no seu estudo (escala de Importância .97; escala de Frequência .95).

## **2.3 Procedimentos**

A primeira fase da investigação, depois de definido o tema, consistiu na pesquisa dos instrumentos existentes e selecção dos dois mais adequados para a realização da mesma e o alcançar dos seus objectivos. Foram solicitadas as devidas autorizações aos autores dos questionários, bem como a construção de um questionário sócio-demográfico e respectivo pré-teste.

Uma vez que o estudo foi realizado numa organização industrial, foi necessário proceder à sua apresentação, bem como dos instrumentos à direcção e ao grupo sindical da empresa em questão. Seguidamente, foi efectuada uma testagem para determinar o tempo necessário para preencher os questionários, e poder, assim, transmitir essa informação aos inquiridos, e identificar possíveis dúvidas que possam surgir, como forma de prevenção. Este teste foi realizado junto dos elementos do grupo sindical e de três trabalhadores.

Posteriormente, foram entregues os questionários, juntamente com uma carta de apresentação redigida e assinada pela Responsável das Relações Laborais, a todos os colaboradores da empresa. Foi garantido aos sujeitos confidencialidade e anonimato de todas

as respostas, e dada a explicação de que o estudo decorria no âmbito de um trabalho académico. Ainda com o intuito de reforçar a ideia de confidencialidade e anonimato, bem como aumentar a participação voluntária dos trabalhadores, foi colocada uma tómbola no refeitório da empresa, juntamente com documentação a explicar o estudo e os seus objectivos, para a colocação dos inventários preenchidos. Após o prazo previamente definido, foram recolhidos os questionários colocados na tómbola.

## **2.4. Análise Estatística**

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS 17.0), com o intuito de perceber se os objectivos propostos foram alcançados e as hipóteses validadas. Após a confirmação da normalidade da distribuição amostral, utilizou-se a estatística paramétrica, nomeadamente a média e o desvio padrão para caracterizar a amostra e as variáveis dos questionários; o t-test, ANOVA e correlações de Spearman, no sentido de verificar a existência de diferenças significativas entre as variáveis e estabelecer possíveis correlações; e o coeficiente Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do Inventário de Qualidade de Vida no Trabalho, bem como das suas dimensões.

### 3. Apresentação dos Resultados

De seguida, são apresentados os resultados obtidos após a realização da análise estatística dos dados recolhidos. A sua apresentação está organizada em função dos objectivos definidos anteriormente. Os valores das médias presentes ao longo do texto e das diferentes tabelas corresponde ao valor transformado e não ao valor bruto. Esta opção pelo valor transformado permite simplificar a compreensão e a análise dos resultados, pois oferece uma visão a nível das escalas dos questionários aplicados.

#### 3.1. Objectivo 1

Relativamente ao Inventário sobre Qualidade de Vida no Trabalho, os resultados revelam médias mais elevadas na QVT – Importância ( $M = 5.16$ ) do que na QVT – Frequência ( $M = 3.91$ ), tal como se pode observar na Tabela 12 e na Figura 1. A média total da escala de importância é ligeiramente inferior à média esperada, comparando-a ao resultado obtido no estudo realizado por Rafael (2009) com o mesmo instrumento ( $M = 5.28$ ). No entanto, o mesmo não se observa no que respeita à escala de frequência, uma vez que a média obtida é superior à esperada, por comparação ao mesmo estudo ( $M = 3.71$ ). Relativamente ao desvio padrão acontece o inverso, pois os valores são mais baixos na escala de importância ( $DP = 0.78$ ) do que na escala de frequência ( $DP = 0.81$ ), os quais são ligeiramente mais elevados face aos valores do estudo referido anteriormente. A análise das amplitudes permite constatar que os resultados tendem a distribuir-se entre os extremos de cada escala, com uma tendência para o valor mais elevado relativamente à QVT – Importância.

Os valores apresentados quer na Tabela 12, quer na Figura 1, permitem constatar que os trabalhadores, de um modo geral, atribuem muita importância à QVT. No entanto, a frequência com que se verifica a mesma é menor do que a importância que lhe é atribuída.

Analisando os valores da Tabela 12 de uma forma mais pormenorizada, verifica-se que os participantes atribuem maior importância às “Relações sociais e justiça no trabalho” ( $M = 5.29$ ) e às “Condições de trabalho” ( $M = 5.39$ ). O valor mais baixo refere-se à dimensão “Trabalho e Lazer” ( $M = 4.94$ ), ou seja, os trabalhadores atribuem menor importância à possibilidade de realizar outras actividades fora do horário de trabalho e/ou ter tempo para praticar uma actividade física, entre outros. Por outro lado, as dimensões referidas pelos trabalhadores como mais frequentes são: “Condições de Trabalho” ( $M = 4.59$ ), “Relações sociais e justiça no trabalho” ( $M = 4.07$ ) e “Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais” ( $M = 4.06$ ). A dimensão referida

como menos frequente é a “Carreira: Promoção, reconhecimento e componente económica” ( $M = 3.22$ ).

As dimensões com valor mais elevado na escala de importância coincidem com as dimensões referidas como mais frequentes.

Tabela 12

*Resultados para as medidas atitudinais e comportamentais, Média, Desvio Padrão, Amplitudes e Coeficiente alfa de Cronbach das dimensões e escalas do questionário de QVT (n=81)*

Importância					Frequência			
Dimensões de QVT	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	$\alpha$	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	$\alpha$
1.Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais	5.09	0.85	1.25 a 6.00	.96	4.06	.93	1.19 a 5.81	.94
2.Carreira: Promoção, reconhecimento e componente económica	5.08	1.05	1.00 a 6.00	.97	3.22	1.05	1.00 a 5.75	.93
3.Relações sociais e justiça no trabalho	5.29	0.77	2.38 a 6.00	.93	4.07	.91	1.25 a 6.00	.88
4.Equilíbrio Trabalho/Família	5.16	0.96	2.11 a 6.00	.94	3.87	1.01	1.56 a 6.00	.87
5.Trabalho e Lazer	4.94	1.09	1.00 a 6.00	.93	3.52	1.09	1.00 a 6.00	.87
6.Condições de Trabalho	5.39	0.72	1.60 a 6.00	.94	4.59	0.94	1.40 a 6.00	.93
Total da Escala	5.16	0.78	1.52 a 6.00	.98	3.91	0.81	1.35 a 5.72	.97

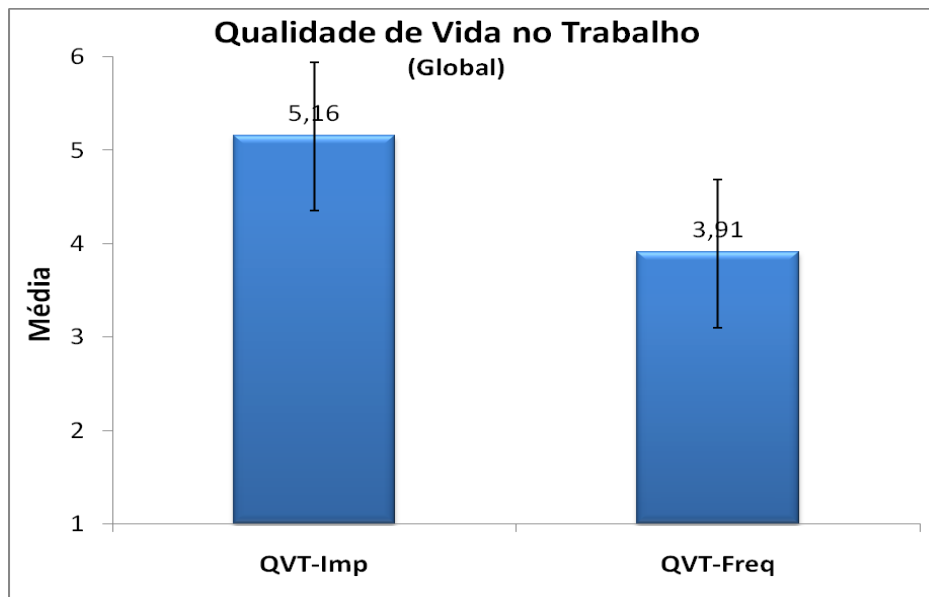


Figura 1

*Resultados por Comparação entre as Médias totais das escalas de QVT-Importância e QVT-Frequência*

### 3.2. Objectivo 2

De um modo geral, os participantes da investigação apresentam comportamentos de saúde positivos ( $M = 3.49$ ), com valores elevados na quase totalidade das categorias do questionário aplicado, tal como se pode observar nas Tabelas 13 e 14. Por exemplo, na categoria Auto-Cuidado ( $M = 3.76$ ), 77 dos inquiridos refere manter as suas vacinas em dia (95%), 59 afirmam realizar *check-ups* anualmente (72.8%), e 66 evitam estar em ambientes saturados de fumo de tabaco (81.5%). É igualmente de salientar o cuidado referido pelos colaboradores com a sua Segurança Motorizada ( $M = 4.28$ ) (v.g. 98.8% refere que coloca o cinto de segurança sempre que viaja de carro; e 87.7% respeita os limites de velocidade quando guia um veículo), bem como com a sua Nutrição ( $M = 3.06$ ) (v.g. 81.5% evita ingerir alimentos com gordura; 60,5% tem cuidado com o que come de forma a reduzir a ingestão de sal).

Contudo, não referem uma preocupação semelhante no que respeita à ingestão de bebidas com cafeína como o chá, café ou coca-cola, as quais deveriam ser ingeridas em menor quantidade do que a referida pelos sujeitos ( $M = 2.64$ ). A dimensão Exercício Físico é a que apresenta valores mais baixos ( $M = 2.07$ ), o que significa que poucos indivíduos realizam actividades físicas no seu dia-a-dia (apenas 24.6% refere que pratica exercício físico durante 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana; 38.2% anda a pé ou de bicicleta

diariamente; e 21% pratica desporto que faz suar pelo menos duas vezes por semana). A análise das amplitudes permite ainda constatar que os resultados têm tendência a distribuir-se entre os extremos da escala.

Ao analisar a Tabela 14 verifica-se a existência de diferenças significativas entre a dimensão “Nutrição” ( $t(77) = -3.074$ ;  $p = .003$ ) e a variável sócio-demográfica “Género”. O género feminino refere ter um maior cuidado com a sua alimentação do que sexo o masculino. É importante referir que apesar de estes resultados estarem incluídos dentro do objectivo quatro, a sua interpretação é apresentada neste momento, pois resulta directamente da análise da Tabela 14.

Tabela 13

*Resultados para as medidas atitudinais e comportamentais, Média, Desvio Padrão e Amplitudes das categorias do questionário de Comportamentos de Saúde (n=81)*

Categorias Comportamentos de Saúde	M	DP	Amplitudes
Exercício Físico	2.07	1.01	1.00 a 5.00
Nutrição	3.06	0.91	1.20 a 5.00
Auto-Cuidado	3.76	0.73	1.78 a 4.89
Segurança Motorizada	4.28	0.68	5.67 a 5.00
Uso Drogas ou Similares	3.89	0.74	2.00 a 5.00
Total	3.49	0.54	1.88 a 4.58

Tabela 14

*Resultados para as medidas atitudinais e comportamentais, Média, Desvio Padrão, t e p, das dimensões do Questionário de Comportamentos de Saúde entre os géneros. Relação crítica da diferença entre médias, por género (n=81)*

Dimensões	Masculino		Feminino		Total	
	M	DP	M	DP	T	p*
Exercício Físico	6.57	3.16	5.17	2.34	1.912	.060
Nutrição	14.17	4.06	17.39	4.57	-3.074	.003*
Auto-Cuidado	33.19	6.79	35.52	5.89	-1.434	.156
Segurança Motorizada	12.64	1.87	13.17	2.49	-1.036	.304
Uso de Drogas ou Similares	15.32	2.82	16.17	3.28	-1.162	.249

\*p<0.05    \*\*p<0.001

### **3.3. Objectivo 3**

O terceiro objectivo desta investigação consistiu na determinação de relações entre a QVT e os Comportamentos de Saúde dos trabalhadores. Desta forma, e tal como se pode observar na Tabela 15, as correlações entre a QVT total – Importância e Comportamentos de Saúde total ( $r_s = .053$ ;  $p = .641$ ) e outras variáveis são, de um modo geral, fracas e não são significativas. O contrário acontece com a QVT total – Frequência e a variável Comportamentos de Saúde total, pois verifica-se uma correlação forte positiva, significativa ( $r_s = .370$ ;  $p = .001$ ). Neste sentido, podemos destacar as correlações fortes positivas, significativas, entre a QVT total – Frequência e a variável Auto-Cuidado ( $r_s = .390$ ;  $p = .000$ ), revelando, assim, que quanto maior a Frequência de QVT, maior o Auto-Cuidado manifestado pelos trabalhadores; e entre as variáveis Comportamentos de Saúde e frequência das “Relações sociais e de justiça no trabalho” ( $r_s = .421$ ;  $p = .000$ ), o que indica que quanto mais adequados são os Comportamentos de Saúde adoptados pelas pessoas, melhores são as relações sociais e de justiça no trabalho. Estas duas correlações estão visíveis nas Figuras 2 e 3.

Olhando para as correlações entre as dimensões de QVT – Frequência e as outras variáveis, observam-se correlações positivas e fortes entre todas as dimensões e as variáveis Comportamentos de Saúde total e Auto-Cuidado, bem como entre as dimensões “Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais” ( $r_s = .249$ ), “Relações sociais e justiça no trabalho” ( $r_s = .291$ ), “Equilíbrio Trabalho/Família” ( $r_s = .335$ ), e a variável Uso de Drogas ou Similares, apesar de estas últimas serem ligeiramente mais fracas; entre a dimensão “Trabalho e Lazer” e a variável Exercício Físico ( $r_s = .338$ ).



Tabela 15

*Resultados para as Correlações entre QVT e Comportamentos de Saúde (n=81)*

QVT	Exercício Físico	Nutrição	Auto-Cuidado	Segurança Motorizada	Uso Drogas ou Similares	Total
1.Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais IMPORTÂNCIA	.078	.166	.251*	-.105	.138	.216
1.Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais FREQUÊNCIA	.032	.119	.216	.063	.249*	.247*
2.Carreira:Promoção, reconhecimento e componente econômica IMPORTÂNCIA	-.022	.108	.013	-.082	.027	-.009
2.Carreira:Promoção, reconhecimento e componente econômica FREQUÊNCIA	.153	.127	.348*	.008	.133	.299*
3.Relações sociais e justiça no trabalho IMPORTÂNCIA	-.125	.148	.084	.035	.142	.070
3.Relações sociais e justiça no trabalho FREQUÊNCIA	.125	.182	.472**	.116	.291*	.421**
4.Equilíbrio Trabalho/Família IMPORTÂNCIA	-.159	-.052	.019	.039	.129	-.058
4. Equilíbrio Trabalho/Família FREQUÊNCIA	.108	.057	.394**	.171	.335**	.367*
5.Trabalho e Lazer IMPORTÂNCIA	-.038	-.014	.063	-.094	.107	-.011
5.Trabalho e Lazer FREQUÊNCIA	.338*	.129	.410**	.030	.196	.381*
6.Condições de trabalho IMPORTÂNCIA	-.084	-.037	.078	.057	.219	.029
6.Condições de trabalho FREQUÊNCIA	-.060	.013	.360**	.174	.204	.253*
QVT Total IMPORTÂNCIA	-.044	.091	.106	-.053	.116	.053
QVT Total FREQUÊNCIA	.126	.144	.390**	.080	.307*	.370*

\*p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

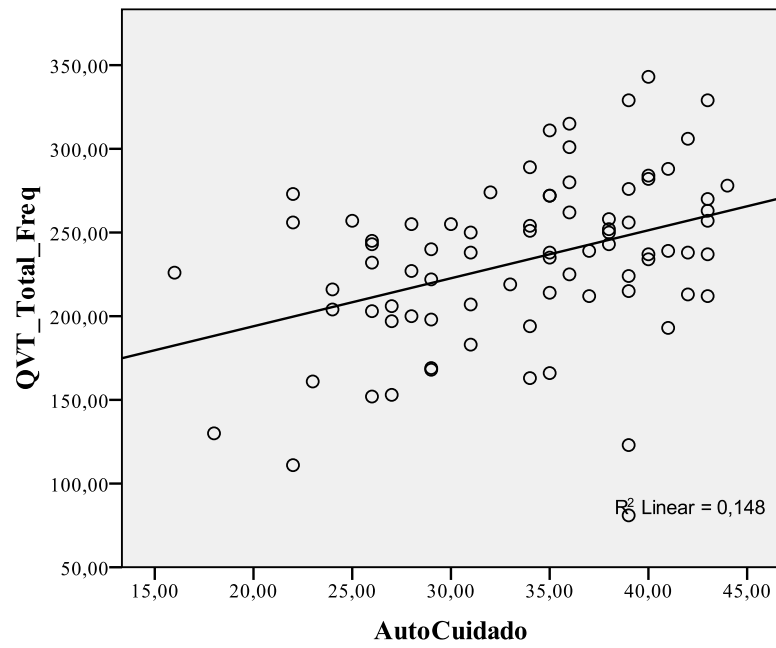


Figura 2  
*Correlação entre QVT – Frequência e Auto-Cuidado*

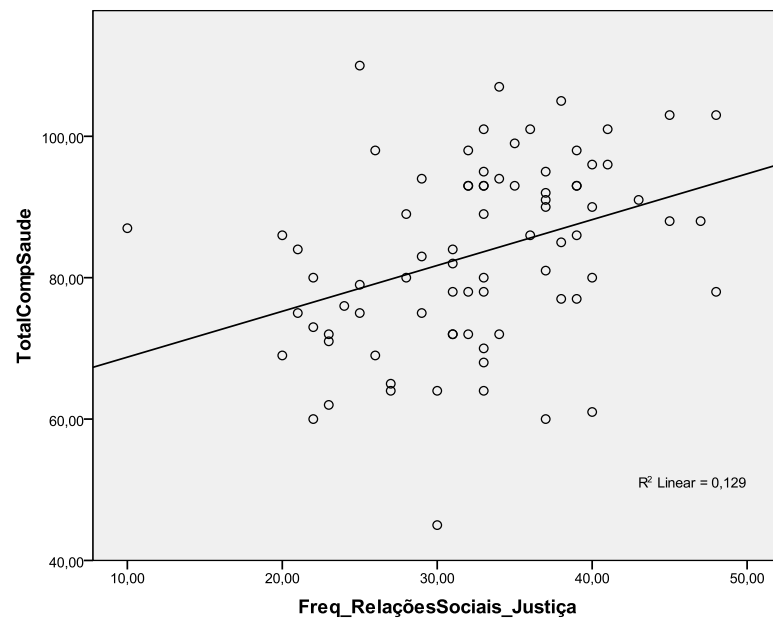


Figura 3  
*Correlação entre Comportamentos de Saúde total e Frequência das Relações Sociais e de Justiça no Trabalho*

### 3.4. Objectivo 4

Seguidamente, são apresentadas Tabelas com as diferenças significativas entre as dimensões dos questionários aplicados e as variáveis sócio-demográficas. Ao longo de toda a análise, é importante relativizar os diferentes resultados devido ao N ser heterogéneo e existir uma grande diferença entre os diferentes grupos de comparação, pois poderá ter enviesado os resultados

Os valores apresentados na Tabela 16 apresentam as diferenças entre ambos os géneros e as dimensões de QVT. Tal como pode ser observado na Tabela 16, não existem diferenças significativas quanto à frequência com que os géneros referem usufruir de QVT a nível global ( $t(76) = -1.785; p = .078$ ), pois as diferenças são apenas visíveis em relação às dimensões “Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais” ( $t(76) = -2.330; p = .022$ ) e “Condições de trabalho” ( $t(76) = -2.007; p = .048$ ). As mulheres referem que os acontecimentos correspondentes a cada uma das dimensões ocorrem com maior frequência, comparativamente ao que é referido pelo género masculino.

Tabela 16 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Género e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=79)*

A – Dimensões QVT Frequência																	
Variável	1					2					3					4	
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	T	p*
Género				-2.330	.022*			-1.148	.255			-1.901	.061			-1.743	.085
Masculino	56	3.94	0.92			3.17	1.05			3.98	0.90			3.79	0.99		
Feminino	23	4.45	0.79			3.46	1.02			4.40	0.85			4.21	0.88		
*p<0.05    **p<0.001																	
B – Dimensões QVT Frequência																	
Variável	5					6					Total						
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	T	p*
Género				-1.329	.188			-2.007	.048*							-1.785	.078
Masculino	56	3.46	1.08			4.51	0.91			3.82	0.78						
Feminino	23	3.82	1.01			4.93	0.76			4.23	0.71						
*p<0.05    **p<0.001																	

No que respeita aos Comportamentos de Saúde, a nível global, não existem diferenças significativas entre homens e mulheres ( $t(77) = -1.754; p = .083$ ), com excepção da categoria

“Nutrição” ( $t(77) = -3.074; p = .003$ ). Os resultados, apresentados na Tabela 17, indicam que as mulheres referem ter um maior cuidado com a sua alimentação do que os homens.

Tabela 17 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Género e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=79)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Género				1.912	.060			-3.074	.003*			-1.434	.156
Masculino	56	2.19	1.05			2.84	0.81			3.69	0.74		
Feminino	23	1.72	0.78			3.48	0.91			3.95	0.65		
*p<0.05    **p<0.001													

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Género				-1.036	.304			-1.162	.249			-1.754	.083
Masculino	56	4.21	0.62			3.83	0.70			3.42	0.54		
Feminino	23	4.39	0.83			4.04	0.82			3.64	0.47		
*p<0.05    **p<0.001													

Não existe diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográfica “Idade” e QVT – Frequência total. No entanto, Existe uma percepção diferente relativamente à frequência da dimensão “Equilíbrio trabalho/família” do questionário de QVT, entre as diferentes faixas etárias ( $F(3;74) = 3.235; p = .027$ ), patente na Tabela 18. É visível uma percepção de maior frequência destes acontecimentos referida pela faixa etária mais baixa (entre os 18 e 29 anos de idade), seguida pela faixa etária mais elevada (entre os 50 e 59 anos de idade). Contudo, é importante ter em conta a diferença do número de indivíduos em cada um dos grupos etários.

Tabela 18 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Idade e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=79)*

A – Dimensões QVT Frequência																	
Variável	1					2				3				4			
	<i>n</i>	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i> *	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i> *	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i> *	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i> *
Idade				1.087	.360			1.702	.174			0.929	.431			3.235	.027*
Entre 18 e 29	6	4.43	0.50			3.54	0.59			4.54	0.51			4.96	0.54		
Entre 30 e 39	26	3.85	0.72			2.96	0.73			3.92	0.64			3.67	0.84		
Entre 40 e 49	41	4.15	1.07			3.27	1.24			4.09	1.07			3.85	1.06		
Entre 50 e 59	6	4.36	0.44			3.93	0.64			4.31	0.89			4.13	0.60		
*p<0.05	**p<0.001																

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5					6					Total		
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Idade				2.105	.107			2.171	.099			2.112	.106
Entre 18 e 29	6	4.37	0.99			5.21	0.62			4.47	0.33		
Entre 30 e 39	26	3.24	0.82			4.30	0.89			3.68	0.52		
Entre 40 e 49	41	3.61	1.19			4.72	0.91			3.97	0.93		
Entre 50 e 59	6	3.73	0.72			4.83	0.33			4.26	0.45		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

A tabela 19 apresenta os resultados que dizem respeito aos valores das diferenças entre à variável sócio-demográfica “Idade” e as diferentes categorias do questionário de Comportamentos de Saúde. ao observar a Tabela 19, verificamos que não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa, i.e., a idade das pessoas não influencia a adoção, ou não, de comportamentos de saúde adequados.

Tabela 19 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Idade e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representada através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=79)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Idade				1.801	.154			0.881	.455			0.796	.500
Entre 18 e 29	6	2.61	1.42			3.23	1.00			4.04	0.48		
Entre 30 e 39	26	1.96	0.99			2.82	0.80			3.65	0.72		
Entre 40 e 49	41	1.98	0.90			3.17	1.00			3.78	0.76		
Entre 50 e 59	6	2.78	1.25			2.97	0.34			4.06	0.59		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Idade				0.141	.935			1.662	.182			1.441	.237
Entre 18 e 29	6	4.22	0.40			4.42	0.40			3.78	0.19		
Entre 30 e 39	26	4.28	0.65			3.78	0.67			3.37	0.53		
Entre 40 e 49	41	4.25	0.77			3.85	0.80			3.49	0.57		
Entre 50 e 59	6	4.44	0.58			4.21	0.57			3.74	0.47		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

Ao analisar a Tabela 20, verificamos uma diferença estatisticamente significativa entre o estado civil dos participantes e a frequência de QVT ( $F(2;76) = 3.795$ ;  $p = .027$ ), bem como a nível das dimensões de frequência QVT “Carreira: Promoção, reconhecimento e componente económica” ( $F(2;76) = 5.518$ ;  $p = .006$ ), “Equilíbrio Trabalho/Família” ( $F(2;75) = 4.516$ ;  $p = .014$ ), “Trabalho e Lazer” ( $F(2;75) = 7.112$ ;  $p = .001$ ). Os indivíduos divorciados referem que os acontecimentos respectivos a cada uma destas dimensões ocorrem com mais frequência do que as pessoas solteiras ou casadas.

Tabela 20 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Estado Civil e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões QVT Frequência																	
Variável	1					2				3				4			
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Estado Civil				1.137	.326			5.518	.006*			2.972	.057			4.516	.014*
Solteiro	10	4.15	0.66			3.80	0.57			4.51	0.67			4.31	0.83		
Casado	64	4.03	0.94			3.06	1.01			3.96	0.88			3.75	0.91		
Divorciado	6	4.60	0.83			4.21	1.22			4.65	1.11			4.79	1.29		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5					6					Total		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i> *	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i> *	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i> *
Estado Civil				7.112	.001*			0.590	.557			3.795	.027*
Solteiro	10	4.26	0.90			4.49	0.70			4.22	0.46		
Casado	64	3.34	1.00			4.62	0.92			3.82	0.76		
Divorciado	6	4.57	0.96			4.95	0.81			4.61	0.99		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

Quanto às categorias de Comportamentos de Saúde, existe apenas uma diferença significativa relativamente ao estado civil dos trabalhadores, a qual diz respeito ao Exercício Físico ( $F(2;77) = 3.347$ ;  $p = .040$ ). Segundo estes resultados, os participantes solteiros referem fazer mais exercício físico do que os participantes casados ou divorciados.

Tabela 21 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Estado Civil e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Estado Civil				3.347	.040*			0.085	.918			0.770	.467
Solteiro	10	2.83	1.22			3.16	0.93			4.03	0.62		
Casado	64	1.98	0.96			3.03	0.91			3.73	0.74		
Divorciado	6	1.89	0.72			3.03	0.98			3.83	0.70		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Estado Civil				0.169	.845			0.400	.671			0.539	.585
Solteiro	10	4.17	0.67			3.70	0.64			3.66	0.41		
Casado	64	4.29	0.70			3.93	0.75			3.47	0.57		
Divorciado	6	4.22	0.65			3.92	0.71			3.49	0.47		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

Tal como é visível na Tabela 22, não existem diferenças significativas entre o local de residência dos inquiridos e a frequência de QVT total ( $t(76) = -1.696$ ;  $p = .094$ ) de que referem usufruir na organização. Contudo, os indivíduos que residem fora de Castelo Branco referem conseguir um “Equilíbrio trabalho/família” ( $t(75) = -2.100$ ;  $p = .039$ ) de forma mais frequente do que aqueles cujo local de residência se situa no interior da cidade onde está localizada a fábrica.



Tabela 22 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Local de Residência e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=79)*

A – Dimensões QVT Frequência																	
Variável	1					2					3					4	
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
L. Residência				-0.735	.465			-1.762	.082			-1.171	.245			-2.100	.039*
C. Branco	61	4.03	0.88			3.13	0.97			4.02	0.89			3.76	0.96		
Fora de C.B.	18	4.21	0.94			3.62	1.23			4.31	0.94			4.29	0.93		
*p<0.05    **p<0.001																	

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5					6					Total		
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
L. Residência				-1.889	.063			-0.781	.437			-1.696	.094
C. Branco	61	3.43	1.03			4.59	0.90			3.84	0.74		
Fora de C.B.	18	3.97	1.11			4.77	0.85			4.19	0.86		
*p<0.05    **p<0.001													

Relativamente aos Comportamentos de Saúde, não existe nenhuma diferença estatística entre a variável “Local de Residência”, quer na dimensão total de Comportamentos de Saúde ( $t(77) = -0.031$ ;  $p = .975$ ), quer nas suas cinco categorias, tal como se pode observar na Tabela 23. Estes resultados indicam que o facto de residir dentro ou fora da cidade onde está localizada a organização não influencia a adopção de comportamentos de saúde adequados.

Tabela 23 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Local de Residência e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=79)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	N	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
L. Residência				-0.843	.402			0.645	.521			-0.821	.414
C. Branco	61	2.03	0.94			3.09	0.89			3.75	0.74		
Fora de C.B.	18	2.26	1.27			2.93	0.98			3.91	0.65		
*p<0.05    **p<0.001													
B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	N	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
L. Residência				0.678	.500			1.075	.286			-0.031	.975
C. Branco	61	4.31	0.70			3.93	0.73			3.50	0.55		
Fora de C.B.	18	4.19	0.65			3.72	0.72			3.51	0.53		
*p<0.05    **p<0.001													

Ao observar a Tabela 24, podemos constatar que não existem diferenças significativas entre o facto de ter filhos e a frequência de QVT total ( $F(2;76) = 1.553$ ;  $p = .218$ ), nem em relação às diferentes dimensões do questionário de QVT, ou seja, o facto de ter filhos não influencia a percepção de QVT por parte dos trabalhadores.

Tabela 24 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Número de Filhos e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões QVT Frequência																		
Variável	1					2					3					4		
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	
Nº de Filhos				1.136	.327			0.972	.383			2.329	.104			2.320	.105	
0	20	4.35	0.74			3.49	0.68			4.45	0.65			4.27	0.93			
2	55	3.99	0.96			3.13	1.15			3.95	0.96			3.82	0.97			
Mais de 2	5	4.14	0.66			3.50	0.84			4.20	0.76			3.40	0.98			

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5					6					Total		
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Nº de Filhos				1.616	.206			0.368	.693			1.553	.218
0	20	3.71	1.18			4.79	0.81			4.20	0.46		
2	55	3.57	1.02			4.57	0.93			3.85	0.87		
Mais de 2	5	2.76	0.72			4.62	0.62			3.87	0.38		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

A Tabela 25 apresenta os resultados obtidos relativamente às diferenças entre o facto de ter filhos e as dimensões de Comportamentos de Saúde. Nesta, é visível que não existe diferença significativa entre a variável sócio-demográfica e a variável Comportamentos de Saúde total ( $F(2;77) = 0.684$ ;  $p = .507$ ), nem em relação às diferentes dimensões que compõem o questionário de Comportamentos de Saúde, ou seja, o facto de ter filhos não influencia a adopção, ou não, de comportamentos de saúde adequados, por parte dos trabalhadores.

Tabela 25 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Número de Filhos e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Nº de Filhos				1.160	.319			1.041	.358			0.232	.793
0	20	2.27	1.15			3.07	1.01			3.79	0.79		
2	55	1.97	0.98			2.99	0.89			3.75	0.70		
Mais de 2	5	2.53	0.64			3.60	0.58			3.98	0.78		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Nº de Filhos				0.002	.998			0.250	.780			0.684	.507
0	20	4.28	0.48			3.80	0.79			3.51	0.58		
2	55	4.27	0.75			3.92	0.74			3.46	0.53		
Mais de 2	5	4.26	0.76			4.00	0.46			3.76	0.49		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

Os dados presentes na Tabela 26 revelam que os participantes que não têm nenhum familiar a cargo (para além dos próprios filhos) valorizam mais a QVT, a nível global, ( $t(78) = -2.080$ ;  $p = .041$ ), e, em particular, os acontecimentos presentes nas dimensões “Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais” ( $t(78) = -2.129$ ;  $p = .036$ ) e “Carreira: promoção, reconhecimento e componente económica” ( $t(78) = -2.159$ ;  $p = .034$ ) do que aqueles que têm um familiar a cargo.

Tabela 26 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica ter um Familiar a Cargo e as dimensões de importância de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=80)*

A – Dimensões QVT Importância																			
Variável	1					2					3					4			
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*		
Familiar a Cargo				-2.129	.036*			-2.159	.034*			-0.465	.643			-0.430	.668		
Sim	12	4.63	0.71			4.48	1.34			5.18	0.81			5.04	1.12				
Não	68	5.19	0.85			5.17	0.96			5.29	0.77			5.18	0.94				
*p<0.05	**p<0.001																		
B – Dimensões QVT Importância																			
Variável	5					6					Total								
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*		
Familiar a Cargo				-1.294	.199			-0.456	.649			-2.080	.041*						
Sim	12	4.55	1.20			5.30	0.73			4.79	0.87								
Não	68	5.01	1.07			5.41	0.73			5.22	0.75								
*p<0.05	**p<0.001																		

Quanto às categorias de Comportamentos de Saúde, não existe diferença significativa relativamente ao facto de o trabalhador ter um Familiar a Cargo (para além dos seus próprios filhos) e a variável de Comportamentos de Saúde total ( $t(78) = -0.289$ ;  $p = .773$ ), nem em relação às categorias do questionário de Comportamentos de Saúde. Estes dados, presentes na Tabela 27, revelam que o facto de ter um Familiar a seu Cargo não implica que o indivíduo adopte comportamentos de saúde mais adequados do que aqueles que têm um Familiar a Cargo, além dos seus próprios filhos.

Tabela 27 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica ter um Familiar a Cargo e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=80)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i> *	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i> *	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i> *
Familiar a Cargo				-0.189	.851			-1.162	.249			0.399	.691
Sim	12	2.03	1.21			2.77	0.83			3.85	0.57		
Não	68	2.09	0.98			3.09	0.91			3.76	0.75		
*p<0.05    **p<0.001													

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i> *	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i> *	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i> *
Familiar a Cargo				0.015	.988			-0.216	.830			-0.289	.773
Sim	12	4.28	0.91			3.85	0.75			3.45	0.49		
Não	68	4.27	0.65			3.90	0.74			3.50	0.55		
*p<0.05    **p<0.001													

Ao analisar a Tabela 28, podemos constatar que face à frequência de QVT total não existem diferenças significativas em função do grau de ensino dos trabalhadores ( $F(2;75) = 2.526$ ;  $p = .087$ ). No entanto, ao olhar de forma mais pormenorizada, verificamos que em relação aos acontecimentos que constituem quer a dimensão “Relações sociais e de justiça no trabalho” ( $F(2;75) = 3.535$ ;  $p = .034$ ), quer a de “Equilíbrio trabalho/família” ( $F(2;75) = 4.186$ ;  $p = .019$ ), os participantes com ensino superior referem que usufruem mais destes acontecimentos, ao contrário dos participantes com ensino básico e secundário.

Tabela 28 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Escolaridade e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões QVT Frequência																		
Variável	1					2					3					4		
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	
Escolaridade				0.822	.444			1.777	.176			3.535	.034*			4.186	.019*	
Básico	12	4.03	0.82			3.17	0.87			3.75	0.77			3.60	0.80			
Secundário	47	4.00	1.00			3.09	1.05			3.98	0.90			3.75	1.00			
Superior	21	4.31	0.70			3.60	1.06			4.50	0.86			4.40	0.87			

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5					6					Total		
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Escolaridade				2.680	.075			0.935	.397			2.526	.087
Básico	12	3.05	0.89			4.82	0.69			3.81	0.56		
Secundário	47	3.52	1.00			4.51	0.97			3.82	0.83		
Superior	21	3.91	1.17			4.78	0.74			4.25	0.68		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

No que diz respeito à existência de diferenças significativas entre a variável Escolaridade e os Comportamentos de Saúde, estas não se verificam, quer a nível global ( $F(2;77) = 1.859$ ;  $p = .163$ ), quer a nível das cinco categorias. Estes resultados, apresentados na Tabela 29, indicam que o nível de escolaridade não influencia a adopção, por parte dos trabalhadores, de comportamentos de saúde adequados.

Tabela 29 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Escolaridade e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Escolaridade				0.538	.586			1.965	.147			1.661	.197
Básico	12	2.36	1.29			2.90	1.03			3.66	0.71		
Secundário	47	2.04	0.89			2.94	0.88			3.69	0.78		
Superior	21	2.02	1.13			3.38	0.84			4.02	0.55		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	N	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Escolaridade				1.346	.266			0.396	.674			1.859	.163
Básico	12	4.39	0.56			3.79	0.65			3.45	0.61		
Secundário	47	4.17	0.74			3.87	0.75			3.42	0.56		
Superior	21	4.44	0.60			4.01	0.76			3.69	0.43		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

A Tabela 30 apresenta os resultados das diferenças entre a variável Antiguidade na empresa e a frequência de QVT. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a variável sócio-demográfica e a variável de frequência de QVT total ( $F(4;74) = 0.931$ ;  $p = .451$ ). O mesmo acontece em relação às dimensões do questionário de QVT, ou seja, o facto de trabalhar há muitos anos na organização não influencia a percepção de QVT.



Tabela 30 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Antiguidade na empresa e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões QVT Frequência																	
Variável	1					2					3				4		
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Antiguidade				0.551	.699			0.626	.646			0.645	.632			2.393	.058
Menos 2 anos	3	3.79	0.40			3.50	1.17			4.00	0.57			4.78	1.09		
2 a 5 anos	4	4.13	0.69			2.92	0.47			4.25	0.92			4.39	0.56		
5 a 10 anos	7	4.46	0.66			3.77	0.75			4.59	0.60			4.63	0.77		
10 a 15 anos	5	3.72	0.93			3.13	0.69			4.08	1.17			3.64	0.95		
Mais 15 anos	61	4.09	0.96			3.19	1.11			4.02	0.92			3.76	0.97		
*p<0.05    **p<0.001																	

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5					6					Total		
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Antiguidade				2.274	.069			1.721	.154			0.931	.451
Menos 2 anos	3	4.87	1.02			4.38	1.40			4.09	0.89		
2 a 5 anos	4	3.30	0.38			4.63	0.59			3.95	0.56		
5 a 10 anos	7	4.23	0.95			4.94	0.87			4.43	0.54		
10 a 15 anos	5	3.60	1.02			3.74	0.80			3.63	0.80		
Mais 15 anos	61	3.42	1.06			4.68	0.86			3.89	0.80		
*p<0.05    **p<0.001													

Relativamente aos Comportamentos de Saúde total, não existem diferenças significativas entre estes e a variável Antiguidade na empresa ( $F(4;75) = 0.377$ ;  $p = .824$ ), ou ainda em relação às cinco categorias que constituem o questionário de Comportamentos de Saúde. Estes resultados, tal como se pode observar na Tabela 31, revelam que ter muitos anos de trabalho na organização não influencia a adopção de comportamentos de saúde adequados, comparativamente aos trabalhadores que iniciaram recentemente a sua vida profissional na empresa.

Tabela 31 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Antiguidade na empresa e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=80)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto-Cuidado			
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Antiguidade				2.317	.065			0.539	.707			0.471	.757
Menos 2 anos	3	3.67	1.20			2.67	0.61			3.89	0.11		
2 a 5 anos	4	1.58	0.68			3.20	1.05			3.69	0.63		
5 a 10 anos	7	1.86	1.24			3.23	1.04			4.08	0.76		
10 a 15 anos	5	1.93	0.64			3.48	1.00			3.95	0.64		
Mais 15 anos	61	2.07	0.97			3.00	0.90			3.73	0.75		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Antiguidade				0.568	.687			0.846	.501			0.377	.824
Menos 2 anos	3	4.22	0.69			4.17	0.28			3.69	0.27		
2 a 5 anos	4	4.42	0.31			4.44	0.65			3.54	0.56		
5 a 10 anos	7	4.52	0.53			4.04	0.58			3.67	0.41		
10 a 15 anos	5	3.93	0.72			3.70	0.64			3.56	0.58		
Mais 15 anos	61	4.27	0.72			3.85	0.77			3.46	0.57		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

Ao observar a Tabela 32, verificamos a existência de diferenças significativas entre a variável Área de Trabalho e a frequência de QVT total ( $F(3;74) = 8.063$ ;  $p = .000$ ), e a nível das dimensões do questionário de QVT. A área técnica/administrativa é aquela que mais se destaca relativamente ao grau de frequência com que ocorrem os acontecimentos das dimensões do questionário de QVT, pois refere que estes surgem com maior frequência, comparativamente às restantes áreas de trabalho da organização.

Tabela 32 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Área de Trabalho e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=79)*

A – Dimensões QVT Frequência																		
Variável	1					2					3				4			
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	
Área				3.438	.021*			12.877	.000**			7.451	.000**			4.224	.008*	
Produção	43	3.82	1.00			2.71	0.86			3.74	0.83			3.64	0.95			
Manutenção	11	4.18	0.91			3.55	1.09			4.11	1.01			3.74	0.93			
Laboratório	3	4.35	0.56			3.53	0.41			4.08	0.43			3.89	0.44			
Técnica/ Administrativa	22	4.55	0.51			4.09	0.78			4.77	0.65			4.51	0.89			
*p<0.05    **p<0.001																		

B – Dimensões QVT Frequência														
Variável	5					6					Total			
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	
Área				1.722	.170			3.004	.036*			8.063	.000**	
Produção	43	3.35	0.91			4.43	0.98			3.62	0.71			
Manutenção	11	3.45	1.12			4.47	0.84			3.97	0.88			
Laboratório	3	3.67	0.30			4.67	0.28			4.08	0.30			
Técnica/ Administrativa	22	3.98	1.30			5.13	0.53			4.53	0.55			
*p<0.05    **p<0.001														

A Tabela 33 apresenta os resultados obtidos relativamente às diferenças entre a Área de Trabalho e as dimensões de Comportamentos de Saúde. Nesta, é visível que não existe diferença significativa entre a variável sócio-demográfica e a variável Comportamentos de Saúde total ( $F(3;75) = 1.219$ ;  $p = .309$ ), nem em relação às diferentes dimensões que compõem o questionário de Comportamentos de Saúde, ou seja, qualquer que seja a área de trabalho do indivíduo, esta não influencia a adoção de comportamentos de saúde adequados.

Tabela 33 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Área de Trabalho e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, F e p (n=79)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição					Auto-Cuidado		
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Área				0.293	.830			2.207	.094			1.583	.201
Produção	43	2.09	0.95			2.93	0.87			3.65	0.69		
Manutenção	11	1.88	0.93			2.98	1.00			3.71	0.80		
Laboratório	3	1.78	0.83			4.27	0.75			4.25	0.06		
Técnica/ Administrativa	22	2.18	1.23			3.15	0.89			4.00	0.76		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	n	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*	M	DP	F	p*
Área				0.555	.647			0.530	.663			1.219	.309
Produção	43	4.36	0.62			3.90	0.76			3.44	0.49		
Manutenção	11	4.06	0.64			4.02	0.43			3.43	0.61		
Laboratório	3	4.22	1.07			4.33	0.52			3.96	0.43		
Técnica/ Administrativa	22	4.29	0.76			4.82	0.82			3.60	0.60		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

Ao observar a Tabela 34, podemos constatar que não existem diferenças significativas entre o chefiar pessoas e a frequência de QVT total ( $t(75) = 0.534$ ;  $p = .595$ ), nem em relação às diferentes dimensões do questionário de QVT, ou seja, o facto de chefiar pessoas não influencia a percepção de QVT por parte dos trabalhadores.

Tabela 34 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Chefia Pessoas e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=78)*

A – Dimensões QVT Frequência																		
Variável	1					2					3				4			
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	
Chefia				0.221	.826			0.930	.356			1.256	.213			-0.193	.848	
Sim	16	4.12	1.06			3.47	1.27			4.35	1.16			3.85	1.01			
Não	62	4.06	0.86			3.19	0.98			4.03	0.82			3.91	0.97			
*p<0.05	**p<0.001																	

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5				6				Total				
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Chefia				-0.014	.989			-0.135	.893			0.534	.595
Sim	16	3.56	1.15			4.60	1.10			4.01	0.97		
Não	62	3.57	1.06			4.64	0.84			3.91	0.73		
*p<0.05	**p<0.001												

Quanto às categorias de Comportamentos de Saúde, não existe diferença significativa relativamente ao facto de o trabalhador chefiar pessoas e a variável de Comportamentos de Saúde total ( $t(76) = 1.333$ ;  $p = .186$ ), nem em relação às categorias do questionário de Comportamentos de Saúde. Estes dados, presentes na Tabela 35, revelam que o facto de chefiar pessoas não implica que o indivíduo adopte comportamentos de saúde mais adequados do que aqueles que não chefiam outras pessoas.

Tabela 35 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Chefia Pessoas e as dimensões Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=78)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição				Auto_Cuidado			
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Chefia				0.493	.624			0.472	.638			1.777	.080
Sim	16	2.17	0.98			3.13	0.96			4.06	0.58		
Não	62	2.03	1.01			3.01	0.87			3.71	0.73		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares				Total			
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Chefia				-0.152	.880			0.811	.420			1.333	.186
Sim	16	4.25	0.62			4.02	0.62			3.65	0.46		
Não	62	4.28	0.71			3.85	0.76			3.45	0.54		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

A Tabela 36 apresenta os resultados das diferenças entre a variável Horário de Trabalho e a frequência de QVT. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a variável sócio-demográfica e a variável de frequência de QVT total ( $t(77) = -3.523$ ;  $p = .001$ ). O mesmo acontece em relação às restantes dimensões do questionário de QVT, com excepção da dimensão de frequência “Trabalho e Lazer” ( $t(76) = -1.910$ ;  $p = .060$ ), ou seja, os trabalhadores com horário de trabalho normal referem uma maior frequência dos respectivos acontecimentos das dimensões de QVT, do que aqueles que trabalham por turnos.

Tabela 36 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Horário de Trabalho e as dimensões de frequência de QVT, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=78)*

A – Dimensões QVT Frequência																		
Variável	1					2					3					4		
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	
Horário de Trabalho				-2.309	.024*			-3.741	.000**			-3.259	.002*			-2.984	.004*	
Turnos	50	3.91	1.03			2.93	0.95			3.84	0.94			3.66	0.96			
Normal	30	4.39	0.53			3.78	0.98			4.49	0.65			4.31	0.87			
*p<0.05	**p<0.001																	

B – Dimensões QVT Frequência													
Variável	5					6					Total		
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Horário de Trabalho				-1.910	.060			-2.142	.035*			-3.523	.001*
Turnos	50	3.38	0.98			4.46	0.94			3.71	0.78		
Normal	30	3.85	1.14			4.91	0.70			4.31	0.61		
*p<0.05	**p<0.001												

Relativamente aos Comportamentos de Saúde total, não existem diferenças significativas entre estes e a variável Horário de Trabalho ( $t(78) = -1.442$ ;  $p = .153$ ), ou ainda em relação às cinco categorias que constituem o questionário de Comportamentos de Saúde. Estes resultados, tal como se pode observar na Tabela 37, revelam que os indivíduos com um horário de trabalho por turnos não apresentam comportamentos de saúde mais adequados do que os trabalhadores que possuem um horário de trabalho normal.

Tabela 37 – A e B

*Resultados para as diferenças entre a variável sócio-demográfica Horário de Trabalho e as dimensões de Comportamentos de Saúde, representadas através das Médias, Desvio Padrão, t e p (n=78)*

A – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Exercício Físico					Nutrição					Auto_Cuidado		
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Horário de Trabalho				-0.593	.555			-0.906	.368			-1.668	.099
Turnos	50	2.03	0.94			2.98	0.90			3.68	0.73		
Normal	30	2.17	1.13			3.17	0.91			3.95	0.69		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

B – Dimensões Comportamentos de Saúde													
Variável	Segurança Motorizada					Uso Drogas ou Similares					Total		
	n	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*	M	DP	t	p*
Horário de Trabalho				-0.806	.423			-0.107	.915			-1.442	.153
Turnos	50	4.23	0.67			3.89	0.72			3.43	0.52		
Normal	30	4.36	0.72			3.91	0.77			3.61	0.56		

\*p<0.05    \*\*p<0.001

O Inventário sobre a Qualidade de Vida no Trabalho tinha, no final, uma questão aberta, cujo objectivo era permitir aos participantes indicarem acontecimentos considerados importantes na sua profissão ou organização e que não estavam contemplados nos itens. Devido ao número reduzido de participantes que responderam a esta questão (n=9), os acontecimentos adicionados foram agrupados em categorias, pois alguns foram referidos por mais do que um participante. Tendo em conta este n reduzido, apresentam-se, de seguida, na Tabela 17, as respectivas categorias e exemplos de respostas:



Tabela 38

*Categorias de acontecimentos de QVT acrescentados pelos participantes (n=9)*

Categoria	Exemplo
<b>Salário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Dentro da mesma secção com os trabalho e responsabilidades iguais haver vencimentos iguais”;</i></li> <li>- <i>“Salários equivalentes/mesma categoria = mesmo salário”;</i></li> <li>- <i>“Distribuição de objectivos mais transparentes”.</i></li> </ul>
<b>Vestuário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Conforto e qualidade do fardamento”;</i></li> <li>- <i>“Fardamento adequado”;</i></li> <li>- <i>“Vestuário – limpeza e estado”;</i></li> <li>- <i>“Vestuário igual para todas as zonas fábrica”.</i></li> </ul>
<b>Alimentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Qualidade da alimentação no refeitório”;</i></li> <li>- <i>“Alimentação-Fruta-Quantidade”;</i></li> <li>- <i>“Serviço Café”.</i></li> </ul>

### III. Discussão dos Resultados

A presente investigação foi realizada com o intuito de avaliar a QVT e os Comportamentos de Saúde adoptados pelos trabalhadores de uma organização industrial, bem como estabelecer relações entre estas mesmas variáveis, e ainda encontrar eventuais diferenças significativas entre elas e as variáveis sócio-demográficas. Nesse sentido, a discussão será organizada em torno das hipóteses definidas anteriormente.

Começando a nossa discussão pela primeira hipótese, e após a análise dos dados, verificamos que esta não se rejeita, pois os trabalhadores da organização apresentam níveis de QVT elevados. Relativamente à caracterização da importância e da frequência de QVT referidas pelos trabalhadores, os resultados apontam, a nível comparativo, para a atribuição de uma maior importância do que de frequência, relativamente às diferentes dimensões. É, ainda, importante salientar que as dimensões com valor mais elevado na escala de importância coincidem com aquelas que são referidas como mais frequentes. Por um lado, estes resultados já seriam de esperar, não só pelo facto de que todo o Ser Humano é diferente e único, com opiniões próprias, como também porque não existe “O” local de trabalho perfeito, que preenche os requisitos de satisfação de todos os seus colaboradores. No entanto, por outro lado, estes resultados evidenciam um nível de expectativas muito elevado relativamente a este tema de QVT dentro da empresa.

Colocando um olhar mais discriminatório sobre os componentes da QVT, os dados permitem constatar que os trabalhadores atribuem maior importância a questões ligadas às relações sociais que se estabelecem entre colegas e com a chefia, à justiça no trabalho e transparência nas informações e oportunidades de desenvolvimento pessoal e de promoção, bem como às condições de trabalho. Os resultados apontam para o facto de que ter um relacionamento positivo com os colegas e a chefia, um suporte proporcionado pelos mesmos e pela organização, quer a nível de desenvolvimento pessoal e de potencial, quer a nível técnico, possui um elevado grau de importância e frequência para os colaboradores, bem como o facto de conseguir um equilíbrio entre o seu trabalho, a sua família e a sua vida pessoal, corroborando, assim, as conclusões auferidas por Butts et al. (2009), Goldsmith e Goldsmith (2009), Kossek e Hammer (2008), Matheny (2008) e Mikkelsen, Saksvik e Landsbergis (2000).

Fritz e Sonnentag (2005) e Goldsmith e Goldsmith (2009) afirmam ainda que a forma como uma pessoa ocupa o seu tempo fora do local de trabalho, em particular durante o fim-de-semana, possui uma grande implicação na forma como essa mesma pessoa se sente, i.e.,

fazer exercício físico e passar tempo com a sua família e pessoas de quem gosta, proporciona uma maior satisfação com a vida no local de trabalho. Os autores defendem que existe uma relação directa entre o bem-estar fora do local de trabalho e o bem-estar dentro do local de trabalho. Todavia, os resultados obtidos demonstram que os trabalhadores da multinacional não possuem essa visão, pois atribuem menor importância à possibilidade de realizar outras actividades fora do local de trabalho, dispor de tempo para praticar uma actividade física ou ainda estar com as pessoas de quem gostam.

No que respeita à hipótese número dois, esta também não se rejeita, pois verifica-se que, de um modo geral, os trabalhadores tendem a adoptar Comportamentos de Saúde adequados, nomeadamente a nível da segurança motorizada, nutrição e auto-cuidado. Estes dados vêm corroborar o estudo realizado por Tavares e Nunes (2007) que revela que a população fabril tem tendência a apresentar comportamentos de segurança rodoviária, prevenção da doença e vigilância da saúde. Os comportamentos menos saudáveis registados, como a inactividade física estão também de acordo com os resultados obtidos por Tavares (2005). Este autor refere ainda que os homens têm tendência a apresentar comportamentos menos positivos para a sua saúde. Estes resultados vêm de encontro aos resultados obtidos na presente investigação, pois, apesar de existir diferença estatisticamente significativa entre os géneros apenas no que respeita à nutrição, os homens têm tendência a apresentar, num plano mais qualitativo, um cuidado menor com a sua segurança motorizada, consumo de drogas ou similares, prevenção da doença e vigilância da sua saúde, quando comparados com as mulheres, o que nos leva a rejeitar a quinta hipótese. Estes resultados vêm igualmente corroborar o estudo de Kimura et al. (2004), segundo os quais existem diferenças entre os géneros no que diz respeito a comportamentos relacionados com a alimentação, uma vez que os colaboradores femininos, na presente investigação, referem um maior cuidado com a sua nutrição, do que o género masculino.

Relativamente à terceira hipótese, i.e., à ligação entre QVT e Comportamentos de Saúde, de um modo geral, existe uma relação positiva forte entre a frequência de QVT total e os Comportamentos de Saúde total. Logo, não se rejeita a hipótese. Por outro lado, existe igualmente uma relação positiva forte entre as dimensões de frequência de QVT e a categoria de Comportamentos de Saúde Auto-Cuidado apresentado pelos colaboradores, bem como o Uso de Drogas ou Similares. Estes resultados revelam que quanto mais as pessoas usufruem de QVT na organização, maior o cuidado com a sua saúde, quer a nível da sua segurança motorizada, quer a nível do auto-cuidado (prevenção da doença e vigilância da sua saúde,

através de vacinas, visitas ao dentista, realização de *checkup* anualmente, entre outros). Para além destas correlações, existe ainda uma relação positiva forte entre a dimensão “Trabalho e Lazer” e a variável “Exercício Físico”, o que significa que as pessoas referem praticar mais exercício físico quanto maior for a sua disponibilidade de tempo para estar com os amigos, realizar outras actividades fora do horário de trabalho (vg. praticar uma actividade física e/ou de lazer), i.e., ter mais tempo livre para a sua vida pessoal.

Quanto à hipótese número quatro, e uma vez que não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de QVT total e os géneros, devemos rejeitar a hipótese. No entanto, e num plano discriminatório, podemos referir que se obteve diferenças estatisticamente significativas a nível dos acontecimentos correspondentes às dimensões “Características do trabalho/emprego e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais” e “Condições de Trabalho”. Em relação a estas dimensões, as mulheres referem que os acontecimentos correspondentes ocorrem com maior frequência, comparativamente ao que é referido pelo género masculino. Podemos, assim, afirmar que, de um modo geral, e, quer em relação às restantes dimensões, quer à frequência de QVT total, as mulheres revelam valores mais elevados que os homens. Estes resultados poderão, eventualmente, dever-se ao papel que é esperado que a mulher desempenhe dentro de uma organização. O género feminino ainda não conseguiu conquistar uma posição de relevo dentro do mundo empresarial, vendo-se obrigado a manifestar um esforço bastante superior ao do género masculino para alcançar objectivos e uma posição num nível hierárquico mais elevado. Como tal, é, para as mulheres, muito importante a oportunidade de desenvolver as suas competências profissionais e pessoais, desempenhar tarefas diversificadas e ter oportunidade de promoção, entre outros, para que possa mostrar o seu talento e conquistar o seu lugar no seio da organização.

A sexta hipótese rejeita-se, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade dos participantes e a frequência de QVT. No entanto, existe uma diferença estatisticamente significativa entre a dimensão “Equilíbrio trabalho/família” do questionário QVT e as diferentes faixas etárias. A faixa etária mais baixa (entre os 18 e os 29 anos de idade) refere uma maior frequência da mesma, a qual poderá resultar do facto de as pessoas inseridas nesta faixa etária ainda não terem constituído família, daí sentirem um maior equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e pessoal. Por outro lado, também os sujeitos da faixa etária mais elevada (entre os 50 e os 59 anos) apresentam uma maior percepção de frequência desses acontecimentos. A justificação para estes resultados

deve-se, na nossa opinião, a motivos contrários, pois, provavelmente, já não têm os filhos em casa e/ou a seu cargo, conseguindo um maior equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e pessoal.

Também se rejeita a hipótese sete, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável sócio-demográfica “Idade” e os Comportamentos de Saúde. Estes resultados vêm enfatizar o facto de que a adopção, ou não, de comportamentos de saúde positivos e adequados não varia em função da nossa idade, mas sim das nossas atitudes, opções e tomadas de decisão relativamente às questões ligadas à nossa saúde.

A hipótese número oito não se rejeita, pois foram encontradas diferenças significativas entre a variável “Estado Civil” e a frequência de QVT. Podemos, assim, referir que o estado civil dos participantes influencia a percepção de frequência de QVT não só a nível global, como também a nível das dimensões de “Carreira: Promoção, reconhecimento e componente económica”, “Equilíbrio trabalho/família” e “Trabalho e Lazer”. Os indivíduos divorciados referem que os acontecimentos de QVT ocorrem com maior frequência, comparativamente aos sujeitos solteiros ou casados, provavelmente por disporem de mais tempo livre para a realização de outras actividades fora do local de trabalho e interacção social, e de uma maior disponibilidade para evoluir na carreira, a qual, habitualmente, aumenta a carga horária de trabalho, exigindo maior disponibilidade.

Por outro lado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao Estado Civil e Comportamentos de Saúde, o que nos leva a rejeitar a hipótese número nove. Contudo, foram encontradas diferenças a nível da categoria de Comportamentos de Saúde “Exercício Físico”. São os participantes solteiros aqueles que referem praticar mais exercício físico, ao contrário dos restantes trabalhadores. Relativamente a esta diferença, é importante ter em conta o facto de que os participantes solteiros não são apenas os trabalhadores pertencentes à faixa etária mais baixa, pois as suas idades são compreendidas entre os 18 e os 49 anos. O motivo pelo qual praticam mais exercício físico poderá resultar do facto de disporem de mais tempo livre ou de terem um estilo de vida mais saudável, praticando exercício físico de forma frequente.

Relativamente à décima hipótese, uma vez que não existem diferenças significativas entre o Local de Residência dos inquiridos e a frequência de QVT total, devemos rejeitá-la. Todavia, os indivíduos que vivem fora da cidade onde está localizada a organização referem conseguir um “Equilíbrio trabalho/família” de forma mais frequente do que aqueles cujo local

de residência se situa no interior da cidade. Quem reside longe do seu local de trabalho, fora da cidade, terá, eventualmente, um número menor de factores de distração e onde ocupar o seu tempo livre, ao contrário de quem vive dentro da cidade.

Quanto aos Comportamentos de Saúde e Local de Residência dos trabalhadores, também não foram encontradas diferenças significativas, o que nos leva a rejeitar a hipótese número onze. Estes resultados indicam que o facto de residir dentro ou fora da cidade onde está localizada a organização não influencia a adopção de comportamentos de saúde adequados, pois estes dependem da vontade do próprio sujeito em ter um estilo de vida saudável.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o facto de ter Filhos e a frequência de QVT, quer na sua totalidade, quer nas suas dimensões. Logo, rejeita-se a hipótese número doze. Apesar de a QVT estar, entre outros, relacionada com a vida familiar, com a disponibilidade da organização e dos trabalhadores para as necessidades dos filhos, estes resultados indicam que o facto de ter filhos não influencia a percepção de QVT por parte dos trabalhadores. Estes resultados devem-se, provavelmente, ao facto de a empresa onde foi realizada a investigação já manifestar uma preocupação e flexibilidade relativamente às questões ligadas aos filhos dos colaboradores, o que lhes proporciona um sentimento de satisfação face a este tema.

A hipótese número treze rejeita-se, pois não foram encontradas diferenças significativas entre a variável “Ter Filhos” e os Comportamentos de Saúde, i.e., os trabalhadores com filhos não apresentam comportamentos de saúde mais adequados do que aqueles que não têm filhos. Todavia, estes resultados são um pouco curiosos, pois, tal como o senso comum indica, é o dever dos pais dar o bom exemplo aos filhos. Logo, seria de esperar que os indivíduos com filhos adoptassem comportamentos de saúde mais adequados, comparativamente àqueles que não têm filhos, com o intuito de lhes transmitir um estilo de vida saudável.

A décima quarta hipótese não se rejeita, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Os participantes que não têm nenhum familiar a cargo (para além dos próprios filhos) valorizam mais a QVT, a nível global e, em particular, os acontecimentos presentes nas dimensões “Características do trabalho/emprego, e formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais” e “Carreira: promoção, reconhecimento e componente económica”. Os resultados permitem constatar que os participantes que não têm nenhum familiar a cargo, para além dos seus próprios filhos,

valorizam mais os acontecimentos presentes em cada uma das dimensões referidas, do que aqueles que têm um familiar a cargo. O desejo de evoluir na carreira, ocupar um cargo com maior responsabilidade, desenvolver o seu repertório de competências através de formação, exige que a pessoa tenha bastante tempo e disponibilidade. Estes factores estarão, provavelmente, mais presentes em famílias sem outro familiar a cargo, pois não possuem responsabilidades acrescidas.

Quanto à hipótese número quinze, devemos rejeitá-la, pois obtiveram-se resultados semelhantes ao que aconteceu com a variável “Ter Filhos”, i.e., não existem diferenças significativas relativamente ao facto de o trabalhador ter um Familiar a Cargo (para além dos seus próprios filhos) e a variável de Comportamentos de Saúde total, nem em relação às categorias deste questionário. Estes resultados revelam que o facto de ter um familiar a seu cargo não implica obrigatoriamente que o indivíduo adopte um estilo de vida mais saudável do que aquele que não é responsável por outro familiar, além da sua família nuclear. Novamente, uma possível explicação para a obtenção destes resultados remete-nos para o facto de que a prática de um estilo de vida saudável só depende do próprio indivíduo e das suas decisões.

Relativamente à hipótese dezasseis, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis Escolaridade e frequência de QVT total. Logo rejeita-se a hipótese. Contudo, verifica-se que, em relação aos acontecimentos que constituem quer a dimensão “Relações sociais e de justiça no trabalho”, quer a de “Equilíbrio trabalho/família”, os participantes com ensino superior referem que usufruem mais destes acontecimentos, ao contrário dos participantes com ensino básico e secundário. Estes resultados podem dever-se ao facto de as pessoas que continuam os seus estudos até um nível universitário, terem tendência a ir para outra cidade e, conseqüentemente, de conseguir conciliar os seus estudos longe da sua casa com a sua vida familiar. Esta experiência possibilita-lhes, ao longo do tempo, criar um equilíbrio entre o trabalho e a família mais facilmente do que aqueles que não tiveram essa experiência.

Quanto aos Comportamentos de Saúde, rejeitam-se as hipóteses número dezassete, dezanove, vinte e um e vinte e três, pois não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis. Estes resultados remetem-nos, novamente, para o facto de que a escolha, por parte de uma pessoa, em adoptar um estilo de vida saudável, com comportamentos de saúde adequados, depende, maioritariamente, do seu próprio desejo e tomada de decisão em ter um cuidado e preocupação com a sua saúde.

No que diz respeito à Antiguidade na empresa e a frequência de QVT, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que nos leva a rejeitar a hipótese número dezoito. Estes resultados indicam que trabalhar há muitos anos na organização não influencia a percepção de QVT, por parte dos trabalhadores, provavelmente, porque todos usufruem da mesma QVT, independentemente do número de anos que desempenham as suas funções dentro da empresa, não havendo distinção ou discriminação entre as pessoas.

Os resultados obtidos permitiram-nos verificar a existência de diferenças significativas entre a variável “Área de Trabalho” e a frequência de QVT, quer a nível global, quer nas suas diferentes dimensões. Logo, não se rejeita a hipótese número vinte. A área técnica/administrativa é aquela que mais se destaca relativamente ao grau de frequência com que refere usufruir de QVT. Estes resultados poderão resultar do tipo de trabalho e exigências requeridas pelas funções desempenhadas nessa área, uma vez que são de cariz mais administrativo, tal como a própria designação indica, comparativamente às outras áreas de trabalho, as quais possuem maiores exigências físicas.

A hipótese número vinte e dois é rejeitada, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável “Chefia Pessoas” e a frequência de QVT. Estes resultados remetem-nos, outra vez, para a questão da igualdade entre todos os colaboradores dentro da organização, i.e., todos, sem qualquer excepção, têm a possibilidade de usufruir da mesma QVT.

Por outro lado, a nossa análise revela resultados diferentes daqueles alcançados por Barreto (2008), Holland (2006), Kivimäki et al. (2001) e Zedeck, Jackson e Marca (1983), os quais referem que os indivíduos que trabalham por turnos têm um maior consumo de cafeína, desequilíbrio a nível da alimentação, problemas físicos, problemas com a rotina do sono, bem como um maior consumo de tabaco, pois na presente investigação não foram encontradas diferenças entre os sujeitos que trabalham por turnos e aqueles que possuem um horário de trabalho normal, o que leva à rejeição da hipótese número vinte e cinco. A obtenção destes dados poderá resultar do facto de os turnos da organização onde foi realizada a investigação serem turnos de trabalho rotativos, que mudam todas as semanas, permitindo, desta forma, que os trabalhadores possam manter um certo equilíbrio a nível do seu estilo de vida.

Também os resultados a nível dos efeitos psicológicos provenientes de um horário de trabalho por turnos, nomeadamente nos padrões de actividade social (redução da interacção social), relacionamento com a família e satisfação com as condições de trabalho são diferentes daqueles obtidos por Holland (2006) e Zedeck, Jackson e Marca (1983). Enquanto que os



autores referem uma diminuição na sua frequência, os nossos resultados, apesar de existirem diferenças significativas entre as pessoas que trabalham por turnos e aquelas que trabalham num horário normal, revelam uma ocorrência relativamente frequente destas situações. Logo não se rejeita a hipótese número vinte e quatro. A obtenção destes dados poderá, eventualmente, resultar do tipo de trabalho, uma vez que a maioria dos trabalhadores com horário normal pertence à área técnica/administrativa, i.e., desempenham funções de cariz mais administrativo, que possuem um menor nível de exigência física comparativamente às outras áreas, influenciando, consecutivamente, as condições de trabalho.

A realização da presente investigação permitiu verificar a existência de uma relação directa entre a saúde e a QVT, pois revelou que para além das consequências nefastas da adopção, por parte das pessoas, de comportamentos de saúde negativos, também os aspectos do trabalho e da QVT influenciam a saúde e provocam problemas de saúde nos indivíduos. Segundo Kudielka, Hanebuth, Grande, Kânel, Gander e Fischer (2005), o trabalho continua a desempenhar um papel importante na saúde e bem-estar dos adultos, impondo um aumento das exigências não só a nível físico, como também emocional, aos trabalhadores.

Depois da análise dos resultados, é muito importante a definição e implementação de estratégias, no sentido de melhorar a QVT e aumentar a adopção de Comportamentos de Saúde positivos, por parte dos trabalhadores. Segundo Linnan, Bowling, Childress, Lindsay, Blakey, Pronk, Wieker e Royall (2008) e Maravelias (2009), uma das maiores estratégias utilizadas pelas empresas para cuidar da saúde dos seus trabalhadores consiste na implementação de programas de saúde e programas ou políticas de ambiente de trabalho. O objectivo principal destes programas é proporcionar um ambiente de suporte à actividade física, através de acordos com ginásios para obter descontos nas mensalidades, de uma alimentação saudável (refeitório, acesso a fruta e outros alimentos saudáveis durante o horário de trabalho), proibição de fumar nas instalações da organização ou restrição a pequenas áreas, proibição de consumo de álcool e/ou drogas, também no interior das instalações do estabelecimento. Os programas de trabalho remetem para uma mudança na organização e design dos aspectos psicossociais do trabalho (vg. conteúdo do trabalho, possibilidade de promoção, reconhecimento, relações entre os colaboradores, características da liderança, políticas da empresa). Mahoney (2007) afirma que a chave é incentivar os trabalhadores a adoptar um papel proactivo na sua saúde, através da oferta de incentivos para estes aderirem e participarem nos programas de saúde implementados pelas empresas. Não podemos nunca

esquecer que um trabalhador saudável aumenta a produtividade e contribui para um melhor ambiente de trabalho.

Os resultados obtidos com a aplicação dos três questionários seleccionados podem ter sido influenciados por algumas variáveis, em particular no que diz respeito à QVT. A principal variável poderá ter sido a desejabilidade, i.e., o facto de se estar a avaliar a QVT dentro da própria organização pode ter levado as pessoas a responder de acordo com aquilo que consideraram mais adequado e mais positivo para os seus responsáveis hierárquicos e, em especial, para a organização em si, uma vez que existe uma grande competitividade entre as empresas, a nível nacional, em pertencer à lista das melhores empresas para trabalhar. Este factor pode igualmente influenciar a auto-imagem das pessoas, a sua percepção, relativamente ao facto de trabalhar numa empresa multinacional que recebe diversos prémios, tais como o prémio de Melhor Empresa em Portugal no sector da agro-indústria, a quarta maior empresa a operar no nosso país, entre muitos.

Por outro lado, os trabalhadores podem ter antecipado que esta investigação fosse uma forma de avaliar a sua motivação para o trabalho, para desenvolver as suas competências profissionais, a sua ambição, entre outros, factores estes que são, habitualmente, alvos de análise durante a avaliação de desempenho formal, realizada anualmente.

Relativamente ao questionário de Comportamentos de Saúde, as pessoas podem ter alterado ligeiramente as suas respostas de forma a que estas correspondessem aos comportamentos socialmente desejáveis.

Quanto aos aspectos do questionário propriamente dito, a sua principal limitação consistiu no facto de, enquanto método de pesquisa de auto-resposta, ser mais difícil a tradução da posição do indivíduo numa única escala. Uma outra limitação prende-se com a questão da profundidade, pois itens de resposta numa escala tipo likert não permitem obter uma grande profundidade, em comparação com, por exemplo, a realização de uma entrevista, a qual já irá permitir conhecer a posição em que um determinado indivíduo se coloca.

Para além disso, permitiu ainda reforçar a importância da Psicologia do Trabalho e das Organizações, das intervenções e estratégias que um psicólogo pode realizar dentro de uma empresa, sempre com o intuito de melhorar o seu funcionamento e desempenho, ajudando-a a alcançar os seus objectivos da melhor forma.

Tendo em conta que tanto a área da QVT, como a área dos Comportamentos de Saúde dos trabalhadores, está em desenvolvimento, bem como o facto de que as empresas tentam

encontrar novas medidas e procedimentos de melhoria contínua, é fundamental a realização de mais estudos para uma maior compreensão dos mesmos e definição de intervenções ajustadas à área das organizações. Como tal, seria pertinente e de especial relevância a replicação deste estudo, atendendo às limitações apontadas e potencialidades destas áreas, com a aplicação dos mesmos instrumentos ou outros, em organizações, contextos e metodologias diferentes.

#### IV. Referências Bibliográficas

- Aarts, H., Paulussen, T., & Schaalma, H. (1997). Physical Exercise Habit: On the Conceptualization Formation of Habitual Health Behaviours. *Health Education Research*, 12(3), p. 363-374.
- Ballou, B., & Godwin, N.H. (2007). Quality of “Work Life”: Have you invested in your organization’s future?.
- Barreto, D.F. (2008). *Implicações do trabalho por turnos na saúde e na vida social e familiar dos trabalhadores de turnos industriais*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde.
- Barron, B.A. (2006). The integration of employee assistance, work/life, and wellness services. *J Occup Rehabil*, 16, 731-732.
- Barton, S.S. (2002). Aspects of the effect of substance use on health, wellness and safety of employees and families in northern remote work sites. *Social Indicators Research*, 60, 263-274.
- Batista, P.S.P. (2005). *Os comportamentos de saúde em estudantes da Escola Superior de Educação da Guarda*. Dissertação de Mestrado não publicada. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergström, G., Björklund, C., Fried I., Lisspers, J., Nathell, L., Hermansson, U., Helander, A., Bodin, L., & Jensen, I.B. (2008). A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: The AHA study. *Work*, 31, 167-180.
- Brewer, N.T., Weinstein, N.D., Cuite, C.L., & Herrington, J.E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 125-130.
- Bridgeford, L.C. (2008). Yoga’s not the only way to achieve health through flexibility: Workplace flexibility may lead to healthier employee lifestyle habits. *Employee Benefit News*, 56-58.
- Butts, M.M., Vandenberg, R.J., DeJoy, D.M., Schaffer, B.S., & Wilson, M.G. (2009). Individual reactions to high involvement work practices: investigating the role of empowerment and perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 122-136.

- Carvalho, G.S. (2006). Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. Retirado em 28 de Novembro de 2009 de <http://hdl.handle.net/1822/5767>.
- Chapman, L.S. (2006). Do we need a “virtual” program infrastructure for worksite and population health promotion efforts?. *American Journal of Health Promotion*, 1-10.
- Chatzisarantis, N.L.D., Hagger, M.S., Wang, C.K.J., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2009). The effects of social identity and perceived autonomy support on health behavior within the theory of planned behavior. *Curr Psychoogyl*, 28, 55-68.
- Costa, G., Sartori, S., & Akerstedt, T. (2006). Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Chronobiology International*, 23(6), 1125-1137.
- Descanio, D., & Lunardelli, M.C. (2007). Saúde e qualidade de vida na empresa familiar. *rPOT*, 7(1), 159-178.
- Dias, A.I.T.P. (2009). *Qualidade de vida no trabalho e empenhamento organizacional afectivo: Estudo exploratório da influência das variáveis sexo e idade*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Duarte, C.B. (2005). A saúde no trabalho: Compreender a perspectiva do homem no trabalho. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2, 212-228. Retirado a 9 de Novembro de 2009 de <http://hdl.handle.net/10284/664>.
- Dutta, M.J., & Bodie, G. (2006). Health orientation as a predictor of exercising: A psychographic approach. *Social Marketing Quarterly*, XII(4), 3-18.
- Figueiras, M.J., Alves, N.C., & Barracho, C. (2004). Diferenças do valor preditivo da teoria da acção planeada na intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele: O papel do optimismo e da percepção da doença em indivíduos saudáveis. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 571:583.
- Fritz, C., & Sonnentag, S. (2005). Recovery, health, and job performance: effects of weekend experiences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(3), 187-199.
- Garber, C.E., Allsworth, J.E., Marcus, B.H., Hesser, J., & Lapane, K.L. (2008). Correlates of the stages of change for physical activity in a population survey. *American Journal of Public Health*, 98(5), 897-904.
- Goldsmith, M., & Goldsmith, K. (2009). How happiness happens. *Business Week*, 4160, 92-92.
- Gonzalez, B. & Ribeiro, J.P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade

- em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, saúde & Doenças*, 5(1), 107-127.
- Govil, S.R., Weidner, G., Merritt-Worden, T., & Ornish, D. (2009). Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the multisite cardiac lifestyle intervention program. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1263-1270.
- Gröpel, P., & Kuhl, J. (2009). Work-life balance and subjective well-being: the mediating role of need fulfilment. *British Journal of Psychology*, 100, 365-375.
- Guedes, S.C. (2009). *Relação entre Qualidade de Vida no Trabalho e Indicadores de Satisfação Profissional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Guérin, G., Gagnier, F., Trudel, H., Denis, H., & Boily, C. (1991). L'impact de la CAO/FAO sur la QVT: le cas de Marconi. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 46(2), 420-446. Retirado em 21 de Novembro de 2009 de <http://id.erudit.org/iderudit/050677ar>.
- Guinea, A.O., & Markus, M.L. (2009). Why break the habit of a lifetime? Rethinking the roles of intention, habit, and emotion in continuing information technology use. *MIS Quarterly*, 33(3), 433-444.
- Hara, M., Mori, M., Shono, N., Higaki, Y., & Nishizumi, M. (2000). Lifestyle-Related risk factors for total and cancer mortality in men and women. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 5, 90-96.
- Holland, D.W. (2006). The effect of shiftwork related fatigue on the family life of train operators: Implications for safety and health professionals. *Work*, 26, 115-121.
- Ilies, R., Wilson, K.S., & Wagner, D.T. (2009). The spillover of daily job satisfaction onto employees' family lives: the facilitating role of work-family integration. *Academy of Management Journal*, 52(1), 87-102.
- Julião, P. (2001). *Qualidade de Vida no Trabalho: Avaliação em empresa do setor automobilístico a partir do clima organizacional e do sistema da qualidade baseado na especificação técnica ISSO/TS 16.949*. Trabalho de conclusão de Curso não publicado. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade.
- Julien, G. (1991). La qualité de vie au travail des professionnels de la fonction publique du Québec. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 46(3), 584-615. retirado em 21 de Novembro de 2009 de <http://id.erudit.org/iderudit/050697ar>.
- Kimura, T., Ogushi, Y., Takahashi, M., Munakata, Y., & Ishii, S. (2004). Association of

- health-related quality of life with health examination including organic functions and lifestyles in Japanese employees. *Quality of Life Research*, 13, 519-529.
- Kivimäki, M., Kuisma, P., Virtanen, M., & Elovainio, M. (2001). Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work. *Work & Stress*, 5(1), 3-13.
- Korney, A. (2007). Balancing work/life no longer optional. *Practical Accountant*, 40(4), 10-10.
- Kossek, E.E., & Hammer, L.B. (2008). Supervisor Work/Life training gets results. *Harvard Business Review*, November, 36-36.
- Kowske, B., & Woods, C. (2008). Rolands or revolution: Three scenarios for the future of work stress and employee health costs. *People & Strategy*, 31(4), 48-55.
- Kudielka, B.M., Hanebuth, D., Grande, G., Känel, R., Gander, M., & Fischer, J.E. (2005). Health-Related Quality of Life measured by the SF12 in working populations: associations with psychosocial work characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 429-440.
- Lacaz, F.A.C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 151-161.
- Lalonde, M (1981). A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ministry of Supply and Services Canada. Retirado em 23 de Dezembro de 2009 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1974-lalonde/index-eng.php>.
- Lane, A. (2004). Executives say employee habits a big hurdle for healthcosts. *Crain's Detroit Business*, 20 (37).
- Larsen, A., & Pomeranz, J. (2009). From the periphery to the core: wellness at work. *Public Management*, March, 29-35.
- Leap, T.L., Srb, J.H., & Petersen, P.F. (1986). Health and job safety: an analysis of arbitration decisions. *The Arbitration Journal*, 41(3), 41-53.
- Limayem, M., Hirt, S.G. & Cheung, C.M.K. (2007). How habit limits the predictive power of intention: the case of information systems continuance. *MIS Quarterly*, 31(4), 705-737.
- Linnan, L., Bowling, M., Childress, J., Lindsay, G., Blakey, C., Pronk, S., Wieker, S., & Royall, P. (2008). Results of the 2004 national worksite health promotion survey. *American Journal of Public Health*, 98(8), 1503-1509.
- Lippke, S., & Ziegelmann, J.P. (2008). Theory-based health behavior change: Developing,

- testing, and applying theories for evidence-based interventions. *Applied Psychology: An International Review*, 57(4), 698-716.
- Mahoney, B. (2007). Wellness an investment in worker's health. *Inside Tucson Business*, 3, 16-17.
- Maravelias, C. (2009). Health promotion and flexibility: Extending and obscuring power in organizations. *British Journal of Management*, 20, 194-203.
- Martins, A.P.L.T. (2007). *Qualidade de Vida no Trabalho: estudo da relação da Qualidade de Vida no Trabalho dos técnicos de diagnóstico e terapêutica com a cultura organizacional e o estilo de liderança, numa organização de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa: ISCTE Business School, Departamento de Gestão.
- Matheny, G.L. (2008). Money not the key to happiness. *The Physician Executive*, November – December, 14-15.
- McCaul, K.D., Sandgren, A.K., O'Neill, H.K., & Hinsz, V.B. (1993). The value of the theory of planned behavior, perceived control, and self-efficacy expectations for predicting health-protective behaviors. *Basic and Applied Social Psychology*, 14(2), 231-252.
- McGillivray, D. (2005). Fitter, Happier, More Productive: governing working bodies through wellness. *Culture and Organization*, 11(2), 125-138.
- McNall, L.A., Masuda, A.D., & Nicklin, J.M. (2010). Flexible work arrangements, job satisfaction, and turnover intentions: the mediating role of work-to-family enrichment. *The Journal of Psychology*, 144(1), 61-81.
- Meyer, L.C. (2009). Doctors prove key in changing behavior, reducing costs. *Employee Benefit News*, 26-27.
- Mikkelsen, A., Saksvik, P.O., & Landsbergis, P. (2000). The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. *Work & Stress*, 14(2), 156-170.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Retirado em 23 de Dezembro de 2009 de <http://www.dgs.pt/default.aspx>.
- Moore, P. (2009). Use the stairs, quit the pies. *NZB*, October, 38-41.
- Naumanen, P. (2006). The health promotion model as assessed by ageing workers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 219-226.
- Nilsen, T.I.L., & Vatten, L.J. (2000). A prospective study of lifestyle factors and the risk of pancreatic cancer in Nord-Trondelag, Norway. *Cancer Causes and Control*, 11, 645-



- Nunes, I.F. (2008). *Qualidade de Vida no Trabalho e Empenhamento Organizacional: estudo exploratório em contexto de outsourcing*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordowich, C. (1985). La qualité de vie au travail, le remède au stress occupationnel. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 156-159.
- Pereira, H., & Leal, I. (2002). A homophobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Análise Psicológica*, 1(XX), 107-113.
- Porter, M.V. (2005). Wellness at work. *Association Management*, 49-54.
- Preziosi, R.C. (1985). Productivity improvement training takes preparation. *Training and Development Journal*, February, 101-102.
- Prochaska, J.O., Wright, J.A., & Velicer, W.F. (2008). Evaluating theories of health behavior change: A hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model. *Applied Psychology: An International Review*, 57(4), 561-588.
- Rafael, M. (2009, Setembro). *Qualidade de Vida no Trabalho: um tema essencial da investigação e da intervenção em Recursos Humanos*. Comunicação apresentada na Conferência Investigação e Desenvolvimento em Recursos Humanos, na Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão.
- Ramayah, T., Yusoff, Y.M., Jamaludin, N., & Ibrahim, A. (2009). Applying the Theory of Planned Behavior (TPB) to predict internet tax filing intentions. *International Journal of Management*, 26(2), 272-284.
- Rau, R. (2006). Learning opportunities at work as predictor for recovery and health. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 158-180.
- Renner, B., Schüz, B., & Sniehotta, F.F. (2008). Preventive health behavior and adaptive accuracy of risk perceptions. *Risk Analysis*, 28(3), 741-748.
- Ribeiro, J.L.P., & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1(XX), 67-75.
- Ribeiro, J.L.P. (1993). *Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes, Jovens, da Cidade do Porto*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- Ribeiro, J.L.P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(XXII), 387-397.
- Roan, A.M., & Diamond, C. (2003). Starting out: The quality of working life of young workers in the retail and hospitality industries in Australia. *International Journal of Employment Studies*, 11(2), 91-119.
- Rose, C., Beh, L., Uli, J., & Idris, K. (2006). An analysis of quality of work life (QWL) and career-related variables. *American Journal of Applied Sciences*, 3(12), 2151-2159.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. 4Ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Satcher, D., & Higginbotham, I.J. (2008). The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 98, 400-403.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: an International Review*, 57(1), 1-29.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 1-29.
- Sousa, M.R.M.G.C. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Dissertação de Mestrado não publicada. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Starr, M.A. (2008). Consumption, work hours, and values in the writings of John A. Ryan: Is it possible to return to the road not taken?. *Review of Social Economy*, LXVI(1), 7-24.
- Steffy, B.D., Jones, J.W., & Noe, A.W. (1990). The impact of health habits and life-style on the stressor-strain relationship: An evaluation of three industries. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 217-229.
- Strazdins, L., D'Souza, R.M., Lim, L.L.Y., Broom, D.H., & Rodgers, B. (2004). Job strains, Job insecurity, and health: rethinking the relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(4), 296-305.
- Sutton, R.F. (2009). Happiness for the pragmatic optimist and everyone else. *OD Practitioner*, 41(4), 51-56.
- Taggart, N. (2009). A new competitive advantage: Connecting the dots between employee health and productivity. *Benefits & Compensation Digest*, June, 20-23.

- Tavares, A.S.R. (2005). Comportamentos de risco e stress em trabalhadores do sector produtivo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 63-75.
- Tavares, J.P.A., & Nunes, L.N.V. (2007). Comportamentos de Saúde e de Evitamento de Risco em Operários Fabris. *Revista Referência, IIª Série*(5), 23-36.
- Vardevanyan, H. (2009). *Qualidade de vida no trabalho (importância): Relações com o stress profissional e com o empenhamento organizacional afectivo*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Venkatesh, V., Brown, S.A., Maruping, L.M., & Bala, H. (2008). Predicting different conceptualizations of system use: the competing roles of behavioral intention, facilitating conditions, and behavioral expectation. *MIS Quarterly*, 32(3), 483-502.
- Walmsley, D.J. (2008). The work-life balance: geographical perspectives on lifestyle, leisure, stuff and the future presidential address to the institute of Australian geographers' conference, Hobart, July 2008. *Geographical Research*, 46(3), 245-254.
- Walsh, J. (2007). Equality and diversity in British workplaces: the 2004 workplace employment relations survey. *Industrial Relations Journal*, 38(4), 303-319.
- World Health Organization (1986). *Young people's health – a challenge for society*. World Health Organization Technical Report Series, 731. Geneva: World Health Organization.
- Zedeck, S., Jackson, S.E. & Marica, E.S. (1983). Shift work schedules and their relationship to health, adaptation, satisfaction, and turnover intention. *Academy of Management Journal*, 26(2), 297-310.

# **ANEXOS**

## **ANEXO I: Questionário Sócio-Demográfico**

# Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamentos de Saúde

## Parte 1 – Questionário Sócio-Demográfico

**A. Género:** ☐ Masculino ☐ Feminino

**B. Idade, entre:** ☐ 18 e 29 ☐ 30 e 39 ☐ 40 e 49 ☐ 50 e 59 ☐ 60 e mais

**C. Estado Civil:** ☐ Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado  
☐ Viúvo ☐

**D. Local de Residência:** ☐ Castelo Branco ☐ Fora de Castelo Branco

**E. Número de Filhos:** ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ Mais de 2 **Idades:** ☐ até 6 anos ☐ 7-14 ☐

Mais de 14anos

**F. Tem familiares a seu cargo que necessitam de apoio?** ☐ Sim ☐ Não

**Se respondeu Sim, refira qual é o motivo:**

☐ Doença ☐ Outro\_\_\_\_\_

**G. Escolaridade:** ☐ Básico ☐ Secundário ☐ Superior

**H. Antiguidade na Empresa, entre:**

☐ Menos de 2 anos ☐ 2 e 5 ☐ 5 e 10 ☐ 10 e 15 ☐ Mais de 15 anos

**I. Área a que pertence:**

☐ Produção (Preparação, Processos, Enchimento, Armazéns)

☐ Manutenção

☐ Laboratório

☐ Técnica/Administração

**J. Chefia Pessoas?** ☐ Sim ☐ Não

**K. Horário de Trabalho:** ☐ Turnos ☐ Normal

## **ANEXO II: Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde**

# Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamentos de Saúde

## Parte 2 – O Meu Estilo de Vida

Neste Questionário gostaríamos que descrevesse o seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor, responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (ex: corrida, ténis, natação, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E



<b>Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes</b>	A	B	C	D	E
<b>Vou anualmente ao médico fazer análises a tudo (<i>checkup</i>)</b>	A	B	C	D	E
<b>Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais</b>	A	B	C	D	E
<b>Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade</b>	A	B	C	D	E
<b>Quando viajo de carro coloco o cinto de segurança</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito fumar</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito ingerir alimentos com gordura</b>	A	B	C	D	E
<b>Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito tomar tranquilizantes</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (ex: bolos, chocolates, rebuçados, etc.)</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito os ambientes muito ruidosos</b>	A	B	C	D	E
<b>Evito os ambientes que tenham o ar poluído</b>	A	B	C	D	E

## **ANEXO III: Inventário sobre Qualidade de Vida no Trabalho**

# Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamentos de Saúde

## **Parte 3 – INVENTÁRIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO** <sup>(c)</sup> (IQVT – I/F)

Este Inventário tem como objectivo estudar os aspectos que são mais importantes para a Qualidade de Vida no Trabalho e a frequência com que se verificam.

A sua colaboração será importante para se compreender melhor as pessoas e poder ajudá-las.

### **Como responder?**

Para cada afirmação, assinale primeiro o número que melhor descreve o grau de importância que tem para a sua Qualidade de Vida no Trabalho e utilize a seguinte escala:

Nada importante	Pouco importante	Relativamente importante	Importante	Bastante importante	Muito importante
1	2	3	4	5	6

Depois, para cada afirmação assinale o número que melhor descreve a frequência com que se verificam esses acontecimentos no seu local de trabalho. Utilize a seguinte escala:

Nada frequente	Pouco frequente	Relativamente frequente	Frequente	Bastante frequente	Muito frequente
1	2	3	4	5	6

Não existem respostas certas ou erradas.

As respostas são confidenciais.

Responda de forma rápida e espontânea sem demorar muito tempo em cada questão.

---

<sup>(c)</sup> 2008, Manuel Rafael & Maria do Rosário Lima. Versão experimental para investigação.  
Secção de Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das Organizações,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

	<i>Grau de importância</i>						<i>Frequência com que se verifica</i>					
	Nada importante			Muito importante			Nada frequente			Muito frequente		
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1. Realizar tarefas diversificadas	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2. Ser criativo no meu trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3. Saber que o meu trabalho é um contributo para os resultados a atingir	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4. Ter autonomia no trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5. Ter flexibilidade nas tarefas que desempenho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
6. Gostar das tarefas e das funções que desempenho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7. Ter tarefas estimulantes e desafiantes	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
8. Utilizar várias das minhas capacidades no trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
9. Ter oportunidade de desenvolver competências profissionais	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
10. Ter oportunidade de adquirir formação profissional	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
11. Ter oportunidade de me desenvolver pessoalmente	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
12. Ter oportunidade de aplicar a formação que adquiri	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
13. Ter oportunidades para mostrar as minhas competências	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
14. Fazer reciclagens para me manter actualizado	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
15. Desenvolver competências que possa aplicar noutras funções	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
16. Ter acesso a novas tecnologias e/ou à inovação tecnológica	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
17. Ter reputação profissional	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
18. Ocupar um lugar de maior responsabilidade	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
19. Consolidar a posição profissional que consegui	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
20. Ser reconhecido e valorizado pela empresa	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
21. Ser reconhecido e valorizado pelos meus colegas	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
22. Saber que o meu esforço é reconhecido	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
23. Sentir que a minha chefia valoriza o meu trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
24. Ter regalias e incentivos adicionais além do salário	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
25. Ter possibilidade de progredir economicamente na carreira	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
26. Saber que posso ser promovido	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
27. Ter segurança económica e estabilidade no emprego	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
28. Ter uma remuneração adequada	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

	<i>Grau de importância</i>						<i>Frequência com que se verifica</i>					
	Nada importante			Muito importante			Nada frequente			Muito frequente		
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
29. Ter uma boa relação com os colegas	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
30. Ter uma boa relação com a chefia	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
31. Estar bem integrado no grupo de pessoas com quem trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
32. Haver boa disposição e humor no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
33. Sentir que os trabalhadores de diferentes idades são respeitados	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
34. Sentir que há justiça e transparência no acesso à formação profissional	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
35. Sentir que há justiça e transparência nas oportunidades de promoção	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
36. Sentir que a organização ajuda os trabalhadores a desenvolver o seu potencial	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
37. Ter apoio da minha família para o trabalho que faço	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
38. Ter disponibilidade para a família	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
39. Poder trocar de horário com colegas para dar apoio à família	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
40. Não haver interferência do trabalho com a minha vida pessoal	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
41. Ter um horário de trabalho que permite dar apoio à família	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
42. Ter oportunidades na empresa para conciliar o trabalho e a família	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
43. Haver compreensão por parte da empresa em relação aos assuntos familiares	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
44. Haver sensibilidade na empresa para lidar com as necessidades dos filhos	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
45. Conseguir equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
46. Realizar outras actividades fora do meu horário de trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
47. Dispôr de tempo para a minha vida pessoal	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
48. Ter tempo para estar com os meus amigos	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
49. Ter tempo para actividades de lazer	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
50. Ter tempo para praticar uma actividade física	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

	<i><b>Grau de importância</b></i>						<i><b>Frequência com que se verifica</b></i>					
	Nada importante			Muito importante			Nada frequente			Muito frequente		
	1			6			1			6		
51. Ter boas condições físicas no local de trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
52. Ser-me proporcionado um bom seguro de saúde	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
53. Ter acesso a um gabinete de medicina no trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
54. Ter um ambiente físico e espaço de trabalho adequados	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
55. Ter equipamento e material adequados	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
56. Ter boas condições de higiene e saúde no trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
57. Existir preocupação com a segurança dos trabalhadores	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
58. Existir um regulamento e normas de segurança e higiene	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
59. Existir preocupação com a prevenção dos acidentes de trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
60. Ter apoio técnico na aplicação de novos métodos e tecnologias no trabalho	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

Para algumas pessoas e em algumas profissões e organizações, outros acontecimentos poderão ser relevantes para a Qualidade de Vida no Trabalho.

Indique a seguir quaisquer acontecimentos que sejam importantes para si (ou na sua profissão ou organização) e que não foram anteriormente referenciados. Para cada acontecimento, avalie também o grau de importância e a frequência com que ocorre.

	<i><b>Grau de importância</b></i>						<i><b>Frequência com que se verifica</b></i>					
	Nada importante			Muito importante			Nada frequente			Muito frequente		
	1			6			1			6		
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**